



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO
INDICADOR DE DESEMPENHO DA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Layza de Souza Chaves Deininger

João Pessoa-PB
2015

LAYZA DE SOUZA CHAVES DEININGER

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO
INDICADOR DE DESEMPENHO DA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

**João Pessoa-PB
2015**

D324i Deininger, Layza de Souza Chaves.
 Internações por condições sensíveis à atenção primária
 como indicador de desempenho da rede de cuidados de
 saúde/ Layza de Souza Chaves Deininger.- João Pessoa,
 2015.
 98f.
 Orientadores: César Cavalcanti da Silva, Eufrásio de
 Andrade Lima Neto
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN
 1. Saúde - modelos de decisão. 2. Hospitalização.
 3. Efetividade. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Indicador.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

LAYZA DE SOUZA CHAVES DEININGER

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO
INDICADOR DE DESEMPENHO DA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE**

João Pessoa, 17 de dezembro de 2015

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto
Orientador (UFPB)

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Membro Interno (UFPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro Interno (UFPB)

Profa. Dra. Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda
Membro Externo (UFPB)

Agradecimentos

À Deus,

Em sua infinita bondade, sem ele eu não seria nada, nem ninguém, pela força que me foi destinada para prosseguir em todos os momentos de dificuldades, e pelas graças que me concebeu.

Aos meus pais, Roberto e Gisélia,

Que mesmo longe sempre me estimularam e fizeram tudo o possível para me fazer feliz e me oferecer tudo o que de melhor existe. Pela educação e carinho me auxiliando a ser quem sou hoje.

A minha Avó Mariza Deininger (*in memoriam*),

Que sempre me incentivou de todas as formas a estudar e ser “Doutora”.

Ao meu noivo Thomas Albuquerque,

Pelos momentos de compreensão, paciência e incentivo para que eu crescesse cada vez mais e continuasse a luta mesmo nos momentos de dificuldade.

Aos meus Irmãos (Layz e Roberto) e familiares

Pelo incentivo e torcida para que eu sempre buscasse alcançar meus objetivos.

Ao meu Orientador Dr. Cesar Cavalcanti da Silva

Pela Paciência, por todos os conhecimentos oferecidos, pelo auxílio em momentos de dificuldades, pelos desafios lançados que me fizeram crescer acadêmica e profissionalmente.

Ao meu Orientador Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

Por todos os ensinamentos, por ajudar a entender que números não são apenas algarismos, mas símbolos que quando combinados esbanjam informações.

A minha amiga Kerle Dayana,

Pela amizade, pelos conselhos nos momentos de angústia, por todos os ensinamentos e até pelos sermões que me fizeram crescer imensamente enquanto pessoa e profissional.

Aos minhas amigas de mestrado “ Marias” (Leidyanny, Erica, Eloisa e Isis),

Por todos os momentos de felicidade e angustias que passamos, os estudos que
compartilhamos e a amizade conquistada.

Ao meu amigo Chico,

Pelos momentos de descontração, pelo carinho, mesmo que mascarado (febre), mas que
sempre me auxiliou e me orientou em todo mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB

Pela oportunidade de aprimorar e me ofertar inúmeros conhecimentos.

A CAPES,

Pela Bolsa de estudos, que foi de suma importância para a realização deste estudo.

A todos os participantes da pesquisa,

Pela contribuição realizada de forma direta ou indireta.

RESUMO

Condições Sensíveis à Atenção Primária são problemas de saúde tratados por ações típicas do primeiro nível de atenção à saúde, de modo que, em situações de ausência de atendimento efetivo, requer o uso de serviços especializados em hospitais. Dessa forma, as internações são utilizadas como indicadores para avaliar e monitorar a efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo se justifica pela necessidade de fazer avançar a discussão sobre os indicadores de saúde para subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão no tocante ao planejamento adequado das ações de saúde que muitas vezes são distorcidas e geram prejuízos financeiros por falhas no planejamento, de modo a que atendam as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, prioritariamente, na área da atenção primária enquanto ordenadora do cuidado em saúde. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, ecológico e inferencial com abordagens quantitativa e qualitativa. Os resultados quantitativos foram analisados a partir dos testes de hipóteses para igualdade de proporções e tendências de proporções. A análise qualitativa foi realizada com base na técnica de Análise de Discurso na vertente proposta por José Luiz Fiorin. Observou-se uma tendência decrescente das proporções de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no município de João Pessoa/PB, no período de 2008 a 2013. Contudo, houve uma média de gastos hospitalares de 16% com doenças evitáveis. A análise dos 19 grupos de ICSAP revelou que, três grupos (16%) não apresentavam nenhum tipo de tendência e sete grupos (37%) apresentavam tendência crescente de internações. Também foi possível observar que existem fragilidades no processo de planejamento dos gestores; falhas na rede de atenção à saúde e no processo de trabalho dos profissionais. Sugere-se investimentos contínuos na Atenção Primária, no intuito de fortalecer os serviços, para que as ações de saúde sejam realizadas de forma eficiente e oportuna, objetivando evitar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; diminuição de gastos financeiros e acessos desnecessários aos serviços oferecidos pela saúde municipal.

Palavras-chave: Hospitalização; Efetividade; Atenção Primária à Saúde; Indicador.

ABSTRACT

Sensitive Conditions Primary health problems are treated by typical actions of the first level of health care, so that in situations of absence of effective service requires the use of specialized services in hospitals. Thus, hospitalizations are used as indicators to assess and monitor the effectiveness of Primary Health Care. The study is justified by the need to advance the discussion on health indicators to support managers in the decision-making process with regard to the proper planning of health actions that are often distorted and generate financial losses due to failure in planning, so that meet the needs of users of health services, primarily in the area of primary care while ordinate of health care. It is an exploratory, descriptive, ecological and inferential with quantitative and qualitative approaches. Quantitative results were analyzed based on the hypothesis tests for equal proportions and trends in proportions. Qualitative analysis was performed based on discourse analysis technique to shed proposed by José Luiz Fiorin. There was a downward trend in hospitalizations caused by primary care-sensitive conditions. in the city of João Pessoa/PB, from 2008 to 2013. However, there was an average of 16% of hospital expenses with preventable diseases. Analysis of the 19 groups of hospitalizations sensitive conditions. revealed that three groups (16%) did not show any trend and seven groups (37%) had growing trend of admissions. It was also observed that there are weaknesses in the planning process managers; failures in the network of health care and professional work process. It is suggested continuous investment in primary care in order to strengthen services so that health actions are carried out in an efficient and timely manner, aiming to avoid Sensitive Conditions Hospitalization for primary care; reduction in financial costs and unnecessary access to the services offered by the municipal health.

Key words: Hospitalization; Primary Health Care; Health Indicator; Effectiveness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Esquema representativo do processo da TIPESC com base nas suas dimensões....	42
Figura 2 -	Mapa da cidade de João Pessoa, dividida por distritos sanitários.....	48
Figura 3 -	Tendência na proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária em João Pessoa, Paraíba, no período de 2008 a 2013.....	60
Figura 4 -	Tendência identificada na proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em João Pessoa, Paraíba, por grupo de causas no período de 2008 a 2013.....	64
Figura 5 -	Tendência identificada na proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em João Pessoa, Paraíba, por grupo de causas no período de 2008 a 2013.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Tipos de Erros no Teste de Hipóteses.....	44
Quadro 2 -	Estrutura tabular para realização do cálculo da Estatística χ^2 no teste de tendência de proporções.....	46
Quadro 3 -	Serviços da Rede de Saúde do Município de João Pessoa por Distrito Sanitário	49
Quadro 4 -	Resultados do Teste de Proporção e de Tendência e tipos de tendência nos grupos de ICSAP.....	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Internações por condições sensíveis à atenção primária, por sexo, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015.....	53
Gráfico 2 -	Internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo grupo de causas e sexo, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015.....	54
Gráfico 3 -	Internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo causas mais prevalente entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015.....	55
Gráfico 4 -	Internações por condições sensíveis à atenção primária por causas mais incidente e idade, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015.....	56
Gráfico 5 -	Internações sensíveis à atenção primária segundo Gastos hospitalares em porcentagem, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015.....	57
Gráfico 6 -	Internações por condições sensíveis à atenção primárias segundo grupos de causa com maior custo, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centros de Atenção Integral à Saúde
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DS	Distrito Sanitário
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LACEM	Laboratório Central do Município
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
METISC	Metodologia de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASM	Pronto Atendimento em Saúde Mental

PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO BRASIL.....	21
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE COMO ORDENADORA DA REDE DE CUIDADOS.....	31
3.3	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA..	38
3.4	TEORIA DA INTERVENÇÃO PRÁXICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (TIPESC).....	41
3.5	MÉTODOS ESTATÍSTICOS.....	43
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	47
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	47
4.2	TIPOLOGIA DA PESQUISA.....	49
4.3	POPULAÇÃO.....	50
4.4	INSTRUMENTOS.....	50
4.5	COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO.....	50
4.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO.....	51
4.7	ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	51
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	53
5.1	DADOS QUANTITATIVOS.....	53
5.1.1	Análise Exploratória de Dados.....	53
5.1.2	Testes de hipóteses.....	59
5.2	DADOS QUALITATIVOS.....	67
5.2.1	Planejamento em gestão: dos gestos às práticas que revelam as fragilidades do sistema.....	68
6	CONCLUSÕES.....	80

REFERÊNCIAS.....	83
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Apêndice B - Roteiro de entrevista dirigido aos gestores.....	92
Anexo 1 - Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008.....	94
Anexo 2 - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	98

1 INTRODUÇÃO

Desde a constituição e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) o país apresentou mudanças significativas no âmbito da saúde principalmente no tocante à organização, financiamento e oferta de serviços. Com isso, o Ministério da Saúde, instituiu programas voltados para a prevenção e promoção da saúde, com a proposta de cuidado centrado no usuário e não na doença, como ocorre no modelo biologicista.

Dessa forma, se faz necessário qualificar as práticas de cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência visando à consolidação do SUS. Para tanto, deve-se adotar modos mais eficientes de utilizar os recursos materiais e financeiros, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde (biomédico), centrado em procedimentos, implica custos crescentes e não é mais capaz de responder às necessidades de saúde da população (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Starfield (2002) define a atenção primária, como o nível de atenção à saúde que é a principal forma de acesso ao sistema para qualquer nova necessidade ou problema de saúde. A APS oferece atenção à saúde no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as raras e, coordena ou integra os demais níveis de atenção. Compartilha características com os demais serviços do sistema, tais como a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, longitudinalidade do cuidado e trabalho em equipe. É uma abordagem que fundamenta e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, ou seja, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora na qualidade das ações de saúde.

Um sistema de atenção primária adequado é capaz de reduzir a ocorrência de situações indicativas de cuidados insatisfatórios, como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, longos intervalos para visitas de segmento, dificuldades de acesso a serviços de referência, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória (CASANOVA, STARFIELD, 1995; LOBATO, GIOVANELLA, 2013).

Os níveis de atenção à saúde são organizados em níveis de densidade tecnológica:

atenção básica – para a atenção primária à saúde; densidade intermediária para atenção secundária (especializada) e maior densidade para atenção terciária à saúde (hospitalar). (PAIM, 2008). A Atenção Primária à Saúde desempenha um papel coordenador para interação entre todos os elementos integrantes da rede, cumprindo, para tanto, as funções de resolução, organização e responsabilização (MENDES, 2009).

Condições sensíveis à atenção primária são problemas de saúde tratados por ações típicas do primeiro nível de atenção à saúde, de modo que, em situações de ausência de atendimento efetivo e oportuno, pode ser necessário o uso de serviços especializados requerendo a hospitalização dos pacientes. Dessa forma, essas internações são utilizadas como indicadores para avaliar e monitorar a efetividade da APS (NEDEL, et. al., 2010).

A disponibilidade de informação é condição essencial para a análise da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Dessa forma, com os avanços no controle das doenças infecciosas passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida, entre outros (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde, seguindo uma tendência internacional, criou uma lista de condições sensíveis à atenção primária que reflete a realidade da saúde no território brasileiro. Essa lista foi oficializada através da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 221 de 17 de abril de 2008, e em seu art. 2.º define que, deve ser utilizada para avaliar à Atenção Primária e/ou à atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliação do desempenho do sistema de saúde nas esferas nacional, estadual e municipal (ALFRADIQUE, et. al., 2009).

Neste sentido, configura-se como **objeto de estudo** desta investigação as internações por condições sensíveis a atenção primária e sua utilização como ferramenta de avaliação de desempenho de uma rede de cuidados de saúde.

Taxas elevadas de internações hospitalares por causas sensíveis a atenção primária estão diretamente relacionadas a problemas de cobertura dos serviços de saúde ou à baixa capacidade resolutiva da atenção primária (ALFRADIQUE, et. al., 2009).

A avaliação e monitoramento da rede são de extrema importância para diagnosticar a qualidade dos serviços prestados a população. Dessa forma, na perspectiva da descentralização da rede de saúde, no intuito de fortalecer o planejamento integrado do Sistema Único de Saúde, a comissão intergestores tripartite firmou um instrumento de colaboração entre entes federativos, que ficou conhecido com Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Esse contrato pactuou diretrizes, objetivos, metas e indicadores

para as três esferas de governo entre os anos de 2013-2015. Dentre os indicadores do COAP, se encontra o de proporção de internações por condições sensíveis a atenção básica, com a meta para reduzir as internações por causas evitáveis no primeiro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Decorrido os cinco anos desde a criação da lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, as proporções de ICSAP foram finalmente selecionadas para serem acompanhadas nos serviços de saúde do município de João Pessoa. Entretanto, até os dias atuais, nenhuma publicação foi feita sobre os resultados da utilização das ICSAP nos serviços de saúde municipais.

Diante do exposto, configura-se como **problema** a ser superado com base nos resultados desta investigação, a não existência de dados relativos à aplicação da lista brasileira de ICSAP, nos serviços de saúde do município de João Pessoa, capaz de indicar as tendências de aumento, estabilização ou decréscimo das afecções constantes na citada lista, dificultando uma avaliação de desempenho da rede de cuidados prestados no município.

O estudo **se justifica** pela necessidade de fazer avançar a discussão sobre os indicadores de saúde para subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão no tocante ao planejamento adequado das ações de saúde, de modo, a que atendam as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, prioritariamente, na área da atenção primária enquanto ordenadora do cuidado em saúde.

O interesse pelo tema surgiu através da necessidade de verificar o comportamento da Rede Municipal de Saúde de João Pessoa e de utilizar instrumentos que apontassem seu desempenho com base nas políticas públicas propostas. Enquanto diretora técnica de Distrito Sanitário, verificamos a pouca utilização de instrumentos avaliativos na Rede de serviços de saúde e a não reverberação desses dados. No ano de 2013, quando o indicador das ICSAP foi selecionado no COAP para acompanhamento, não se fez junto a um planejamento avaliativo e esta ação não foi realizada até o presente momento. Com isso, foi possível perceber que, muitas internações hospitalares encaminhadas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) poderiam ser evitadas se tivesse ocorrido atendimento eficaz e oportuno por parte destes serviços. Verificamos ainda, a dificuldade para liberação de vagas hospitalares pela central de regulação de leitos, visto que, estavam sempre lotados e provavelmente com pacientes acometidos por condições sensíveis à atenção primária.

Partimos do **pressuposto** de que a verificação da situação atual das internações por condições sensíveis à Atenção Primária nos serviços municipais de saúde e sua reverberação

no âmbito da gerência dos serviços, pode incentivar o uso corrente deste indicador, bem como, a solução de uma série de problemas relacionados às internações hospitalares.

Diante do exposto, tomam-se como **questões norteadoras** da pesquisa as seguintes perguntas: Qual a tendência das doenças elencadas na lista de ICSAP do município de João Pessoa, no período de 2008 a 2013? No tocante a gestão do sistema, a rede de cuidados de Saúde do município de João Pessoa atende as demandas da população quanto à Atenção Primária à saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

-Investigar o desempenho da rede de cuidados de saúde do município de João Pessoa a partir do perfil de internações por condições sensíveis a atenção primária no período de 2008 a 2013.

2.2 ESPECÍFICOS

- Traçar um perfil descritivo das principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária no município de João Pessoa entre os anos de 2008 e 2013.

- Identificar as tendências de aumento, diminuição ou a estabilização das doenças elencadas na lista de ICSAP do município de João Pessoa, no período de 2008 a 2013, com base no teste de tendência para proporções.

- Discutir as razões que concorrem para o aumento, diminuição ou a estabilização das doenças elencadas na lista de ICSAP do município de João Pessoa, com os gestores dos Distritos Sanitários visando o apoio à tomada de decisões.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Desde o descobrimento até época do Brasil colônia, o território brasileiro era habitado por índios e colonizado por alguns portugueses aventureiros que trouxeram consigo muitas doenças e, não dispunham de nenhuma assistência à saúde uma vez que não havia o interesse por parte do governo de Portugal, em criá-la, sendo essa realidade vivenciada até a chegada da corte imperial. A saúde na colônia era limitada aos recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros, pajés), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar (ESCOREL; TEIXEIRA, 2013). A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era notável, visto que no Rio de Janeiro, em 1789, só haviam quatro médicos exercendo a profissão e em outros estados brasileiros estes profissionais eram inexistentes (BUENO, 2005).

As primeiras iniciativas para criação de políticas de saúde pública surgiram pela necessidade comercial e não pelo perfil epidemiológico populacional, pois nessa época os portos brasileiros estavam cheios de doenças e a população com moléstias endêmicas, onde as ações eram limitadas apenas à limpeza das cidades. Somente com a chegada da família real, o governo começou a investir no saneamento dos portos e outras medidas higiênicas.

Com isso, surgiu a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte a realza que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Com a chegada da Corte Portuguesa, em 1808, começou um processo de criação de instituições voltadas para a saúde, objetivando: efetuar o controle sanitário dos produtos a serem comercializados e consumidos e dos estabelecimentos comerciais; combater a propagação de doenças, principalmente as epidêmicas; resolver questões de saneamento e fiscalizar o exercício profissional na área da saúde. As práticas médicas da época estavam a cargo das Santas Casas de Misericórdia, hospitais militares e os denominados físicos: os cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários curandeiros e as parteiras (BUENO, 2005).

A partir de 1849, surgiram os primeiros casos de febre amarela no Rio de Janeiro, ficando visível à precariedade da organização sanitária na capital do país. Com isso, em 1850, foi criada a junta de Higiene Pública, visando unificar os serviços sanitários do Império, visto que, o serviço ineficiente pouco mudou a situação de saúde no país (GALVÃO, 2007).

Com o final do império, a proclamação da República em 1889 e a falta de uma estrutura sanitária nas cidades, as epidemias alastravam-se e as ações dos poderes públicos não se voltavam para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel. A partir da independência do Brasil, parte das tarefas de fiscalização foi transferida para os municípios, havendo a descentralização destas ações (ESCOREL; TEIXEIRA, 2013).

Houve um intenso crescimento de aglomerados populacionais na cidade do Rio de Janeiro, com a construção de inúmeros cortiços e a presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, malária, febre amarela e logo após a peste bubônica, o que gerou sérias consequências tanto no âmbito da saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que, com a notícia das condições de saúde que assolava a cidade, os navios estrangeiros recusavam-se a atracar no porto do Rio de Janeiro (BUENO, 2005; GALVÃO, 2007).

Em 1902 o então presidente Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, que investiu na erradicação da epidemia de febre amarela, peste bubônica e varíola na cidade do Rio de Janeiro, com um verdadeiro exército de pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate aos vetores da febre amarela e peste. Para o combate a varíola, a vacina passou a ser obrigatória para todo o território nacional, onde brigadas de saúde pública entravam nas casas e vacinavam as pessoas com uso de força para os que se negavam a serem vacinados (GALVÃO, 2007).

Este modelo de intervenção ficou conhecido como Campanhista, e foram concebidos dentro de uma visão militar em que os fins justificavam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. Com a falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” verificou-se revolta na população. Ocorreu um grande movimento social onde a população saiu às ruas e iniciou a “Revolta da Vacina”, colocando a cidade do Rio de Janeiro em estado de sítio (GALVÃO, 2007).

Contudo, apesar dos meios, das arbitrariedades e dos abusos cometidos, a proposta do modelo Campanhista obteve êxito no controle das doenças epidêmicas, na erradicação da febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, e na satisfação dos interesses das classes dominantes, visto que as atividades eram realizadas principalmente nas esferas menos favorecidas da sociedade, tal situação fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico durante décadas (BUENO, 2005).

O agravamento dos problemas de saúde nos anos compreendidos entre 1910 a 1920 criou um clima próprio para o surgimento de revoltas populares, para que o Estado mudasse a visão de saúde voltada para as classes dominantes e começasse a realizar ações que beneficiassem as classes trabalhadoras, com isso, houve greves em busca de melhores condições de trabalho e de saúde (GALVÃO, 2007).

Dessa forma, a primeira república apresentou o cenário da saúde voltado para o campo da assistência médica individual, as classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, isto é, pelos médicos de família, e para o restante da população não havia escolha a não ser contar com atendimentos filantrópicos através de hospitais mantidos pela igreja e a medicina empírica.

Ainda neste período, com o aumento da exportação de café, principal componente da agro exportação, houve um processo de industrialização intenso acarretando urbanização crescente, e a utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias. Os trabalhadores possuíam péssimas condições de trabalho e poucos direitos trabalhistas, isso levou a uma insatisfação geral da classe trabalhadora ocasionando a realização de greves para reivindicar melhores condições de trabalho com férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Diante do exposto, por meio das lutas sociais principalmente da classe trabalhadora assalariada, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) através da Lei Eloy Chaves em 1923, fato que marcou o início da Previdência Social no Brasil (BUENO, 2005).

As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), criadas entre 1923 e 1930, eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas inicialmente apenas por recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos, só após a constituição federal de 1934 a contribuição do Estado foi instituída. Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos ao segurado e sua família como também pensão aos herdeiros em caso de morte (ESCOREL; TEIXEIRA, 2013).

No início dos anos de 1930, no governo de Getúlio Vargas, houve uma grande crise econômica agroexportadora, gerando grande insatisfação popular. As ações dos setores agrários e urbanos propuseram um novo padrão de uso do poder no Brasil. Houve mudanças na estrutura política do Estado e foram criados o “Ministério do Trabalho”, da “Indústria e Comércio”, “Educação e Saúde” além das juntas de arbitramento trabalhista. Vargas

apresentou projetos voltados para integração nacional e valorização do trabalho e do operário urbano (ESCOREL; TEIXEIRA, 2013).

Todavia, os trabalhadores que não possuíam CAPs como os rurais, domésticos e trabalhadores informais eram vistos como pré-cidadãos não possuíam assistência previdenciária. Esse período também marcou uma severa contenção de gastos, tornando a assistência à saúde um item secundário (SANTOS; BARBOSA; GOMES, 2009).

Na perspectiva da saúde pública, esta fase correspondeu ao apogeu do Sanitarismo Campanhista, característica marcante da ação pública governamental do início do século, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense (ESCOREL; TEIXEIRA, 2013).

Em 1934, com a nova Constituição Federal e a ditadura do Estado Novo em 1937, verificou-se uma fase de profunda centralização e, conseqüentemente, uma maior participação estatal nas políticas públicas em razão da característica do governo ditatorial, sendo medidas essencialmente populistas (SANTOS; BARBOSA; GOMES, 2009).

A estrutura administrativa da saúde pública instituída nesse período permaneceu quase inalterada, o período ficou marcado pela separação entre saúde previdenciária e pública, essa última centrada na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias, que ainda configurava-se como grave problema de saúde pública (ESCOREL; TEIXEIRA, 2013).

Após a II Guerra Mundial, Getúlio Vargas perdeu o governo do país, ocorreu à posse do General Dutra na presidência e a promulgação da Constituição de 1945. Contudo em 1950, Vargas foi reeleito e com isso os investimentos na área da saúde foram revertidos para a construção de um modelo de atenção semelhante aos padrões americanos, onde grandes hospitais e equipamentos concentravam o atendimento médico de toda uma região, com investimentos cada vez mais altos em tecnologias, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos eram bem menores (SANTOS; BARBOSA; GOMES, 2009).

No segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954) a política econômica nacionalista imperou e o grande marco para à saúde, foi a criação em 1953 do Ministério da Saúde independente da área da Educação. No que tange a previdência social, houve ampliação dos gastos com assistência médica, devido ao aumento do número de beneficiários (ESCOREL; TEIXEIRA, 2013).

Na década de 1930 as CAPs foram unificadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Nos anos de 1940 verificou-se um movimento para unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente, contudo, houve grandes resistências pelas

transformações que ocorreriam com essa situação. De acordo com Santos, Barbosa e Gomes (2009), após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social foi sancionada em 1960 sob a égide da Lei 3.807 que, veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger os trabalhadores, excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos, os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência.

Em 31 de março de 1964, as forças armadas brasileiras realizaram um golpe de estado, instituindo a ditadura militar com caráter ditatorial e repressivo, que utilizava forças policiais e do exército para se impor. Neste período, ocorreu o “milagre brasileiro” na área econômica, movido a capital estrangeiro e consequente endividamento do país (HOCHMAN, 2009).

Em 1967, sete anos após a promulgação da Lei orgânica da previdência social, ocorreu a unificação dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde (HOCHMAN, 2009). Com a criação do INPS, todo trabalhador urbano com carteira assinada era, automaticamente, contribuinte e beneficiário do novo sistema, dessa forma, o volume de recursos financeiros capitalizados cresceu muito, visto que ainda eram poucos aposentados e pensionistas.

Com o aumento dos contribuintes, ampliaram-se também os beneficiários, e tornou-se impossível para o sistema médico previdenciário atender a toda população. Com isso, o governo foi obrigado a aumentar a assistência à saúde dos contribuintes e seus familiares, optando por direcionar os investimentos financeiros para a iniciativa privada, onde foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), que aumentou cada vez mais os lucros e consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial (ESCOREL, 2013).

Com a crescente complexidade do sistema houve a necessidade de reestruturar sua parte administrativa, sendo criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, com intuito de auxiliar a intermediação dos repasses para iniciativa privada (ESCOREL, 2013).

Com a crise da economia no governo militar, o país diminuiu o ritmo de crescimento, a população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, dos aglomerados populacionais e da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário entrou em crise devido ao agravamento da situação financeira, havendo

necessidade de se investir na saúde pública, que trabalhava com um custo menor e atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência (ESCOREL, 2013).

No início dos anos 1980, movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível para todos foram ganhando força, a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde. Esse movimento social ficou conhecido como “Movimento Sanitário” e teve atuação primordial no destino do sistema de saúde brasileiro (FLORES, 2008).

Para Flores (2008), o primeiro marco da Reforma Sanitária brasileira foi em 1979, com a realização do I Simpósio Nacional de Política de Saúde, patrocinado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados, com a proposta de reorganização do sistema de saúde para um sistema único de saúde com experiências bem sucedidas em outros países. Neste simpósio, foram sugeridas a universalização do direito à saúde; racionalização e integralidade das ações; democratização e participação popular, bem como algumas experiências de atenção primária e de extensão de cobertura desenvolvidas no país.

Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação) visando um novo modelo assistencial para o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Com as AIS a Previdência passou a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários e não mais da rede privada. Através das AIS, surgiram as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), que representaram os embriões dos atuais Conselhos de Saúde e foram a base para a implantação, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que durou de 1987 a 1990, e foi o protótipo para a conquista do Sistema Único de Saúde (FLORES, 2008).

Antes que ocorresse a Assembleia Nacional Constituinte, que elaboraria a nova Constituição Brasileira, foi realizada em Brasília, em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência contou com uma participação de cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, com o propósito de discutir uma nova estrutura e política de saúde a serem defendidas na Assembleia Nacional Constituinte. Essa Conferência foi considerada um marco e certamente, um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária visto que apresentava o conceito ampliado de saúde, o que não excluía o papel da pessoa, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1986).

A Assembleia Constituinte na elaboração da nova Constituição Federal em 1988, incorporou boa parte das propostas da Conferência de saúde, concretizando ideias da Reforma

Sanitária no plano jurídico-institucional, dentre elas, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, desenvolvida por um Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Noronha, Lima e Machado, (2013) apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei nº 8.080 e da lei 8.142 ambas promulgadas no mesmo ano, e que passaram a ser conhecidas como as Leis Orgânicas da Saúde (LOS).

O Sistema Único de Saúde é regido por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários permeiam às ideias referentes à implementação do sistema e ressaltam o conceito ampliado e direito à saúde, sendo eles a UNIVERSALIDADE, EQUIDADE e a INTEGRALIDADE (VIEGAS; PENNA, 2013). Os princípios organizativos tratam da forma de organização do Sistema Único de Saúde, para que seja prestada assistência à saúde de qualidade, são eles hierarquização, regionalização, participação popular e descentralização (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

De acordo com Flores (2008) e Teixeira (2011), a Universalidade é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, assim como, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todos os cidadãos, independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais. Dessa forma, deixam de existir os “indigentes” não incluídos no mercado formal de trabalho, visto que todos têm acesso aos serviços de saúde.

- A Equidade é um princípio de justiça social, visto que tem como objetivo, diminuir as desigualdades respeitando as diferenças pessoais, tratando de forma desigual os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, diminuindo as diferenças regionais e sociais.
- A Integralidade considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, integrando ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, e o tratamento, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Segundo Teixeira (2011), a Regionalização dos serviços implica na delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde que leva em conta a divisão político-administrativa do país, contudo, é distribuída no intuito de contemplar a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, atrelada as subdivisões ou agregações do espaço. Este princípio está ligado diretamente aos gestores municipais e estaduais.

- A Hierarquização diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços, ou seja, apresenta a perspectiva de estabelecer uma

rede assistencial que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações.

- A Descentralização é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e os serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Atua com intuito da municipalização dos serviços de saúde, apoiada na Lei 8.080/90 e as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (NOBs) que definem as obrigações de cada esfera de governo. As NOBs implicam na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretaria Estadual Saúde) e municípios (Secretaria Municipal de Saúde).

- A Participação Popular é a garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis desde o federal até o municipal. Organiza-se a partir dos Conselhos de Saúde, estabelecidos em nível federal, estadual e municipal. Possui formação mista, paritária, com a presença do Estado através dos gestores e prestadores de serviços (25%), trabalhadores da saúde (25%) e dos usuários do sistema de saúde (50%). Este instrumento de discussão se confirma como uma instância de participação popular com caráter deliberativo sobre os rumos da política de saúde nas três esferas de governo (FLORES, 2008).

Em síntese, é possível afirmar que as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) definem os objetivos, atribuições, competências, financiamento, controle social e participação complementar do setor privado, contudo, estes preceitos não estavam sendo cumpridos adequadamente e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) vieram normatizar o funcionamento e a operacionalização do sistema, visando a implementação do SUS na área de competência do Ministério da Saúde.

A NOB 01/91 criada inicialmente pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foi reeditada pelo Ministério da Saúde, e instituiu um sistema de pagamento por produção de serviços, onde eram avaliadas a quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados, os estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços (RAMOS, 2007).

Em 1993 foi regulamentada a NOB 01/93 que criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse

dos recursos financeiros. Essa NOB buscou regulamentar não apenas o financiamento mais também a descentralização da gestão dos serviços de saúde e seus princípios norteadores que consistiam na flexibilidade, no gradualismo, na progressividade, na transparência do processo decisório e no controle social (RAMOS, 2007).

Em 1993, o INAMPS foi extinto, visto que perdeu sua função pela atuação do Ministério da Saúde. Em 1994, ocorreu à desvinculação da saúde em relação à previdência, e o Ministério da Previdência Social, alegando falta de recursos financeiros, determinou que a partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados somente para custear a Previdência Social (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

Ainda em 1996 o governo editou a NOB-SUS 01/96 que representou um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da descentralização em prol da Municipalização. Revogou os modelos anteriores de gestão e propôs aos municípios que se enquadrassem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Apresentaram instrumentos gerenciais para que os municípios e estados deixassem de serem prestadores de serviço e se apresentassem como gestores e provedores de assistência à saúde do SUS. Além disso, buscava ênfase nos resultados das ações, adotando critérios epidemiológicos e de qualidade de desempenho (RAMOS, 2007).

A NOB 96 apresentou alterações importantes no que tangia a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passou a ser realizado com base num valor fixo per capita, o Piso Assistencial Básico (PAB), que consistia em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal.

O Piso foi definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios (fundo a fundo), este valor poderia aumentar de acordo com o desenvolvimento de determinadas ações de saúde agregando valor ao PAB. As ações de saúde que forneciam incentivos são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programa de Combate as Carências Nutricionais; Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (BRASIL, 1996).

Com todas as normas criadas, a saúde pública ainda estava em crise, pois o financiamento para o SUS era muito aquém do necessário para atender suas propostas de atendimento universal e equânime, sendo necessários orçamentos que atendessem suas demandas. Fruto da luta de movimentos sociais, foi aprovada a Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29) que alterou alguns artigos da Constituição Federal e acrescentou artigos para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Pelo governo federal, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), por estados 12% da arrecadação de impostos e municípios 15% (BRASIL, 2000).

Ainda na tentativa de melhorar a qualidade da saúde no país, o Ministério da Saúde, criou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 01/2001, que teve por base os princípios da universalidade e integralidade e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia para chegar à hierarquização dos serviços e equidade da assistência à saúde. Essa norma definiu ainda, os critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados, fortalecendo a gestão do SUS (RAMOS, 2007).

A NOAS 2002 surgiu com intuito de aprimorar alguns pontos da NOAS 2001, ainda na perspectiva de descentralização e regionalização da assistência, estabelecendo o Plano Diretor de Regionalização, ampliação do acesso de qualidade a rede básica de saúde, a qualificação das microrregiões e de módulos assistenciais, a organização da assistência de média e de alta complexidade, bem como o controle, regulação e a avaliação da assistência como importantes mecanismos de fortalecimento dessa diretriz (BRASIL, 2002).

Embora a EC 29 tenha sido aprovada em 2000, foi somente no dia 31 de outubro de 2007 que a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei complementar 01/2003, regulamentando essa Emenda Constitucional. Isso fez com que fossem definidos vários aspectos importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tais como: a definição clara de que os recursos da saúde sejam aplicados apenas em ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito; a proibição de que os recursos da saúde sejam destinados ao pagamento de servidores públicos inativos, serviços de clientela fechada, programas de alimentação e de saneamento (exceto casos específicos); mecanismos de fiscalização e transparência das contas públicas da saúde, inclusive fortalecendo os Conselhos de Saúde; a disposição de que a infração a essas normas configurasse ato de improbidade administrativa, sujeito a punição para o gestor (SANTOS; TANAKA, 2011).

A aprovação desse projeto aponta para o fortalecimento do controle social e ampliação do acesso à saúde à medida que impede que os recursos migrem para outras áreas ou projetos.

É imperioso ressaltar que todas essas conquistas só foram possíveis devido a diversas lutas sociais e participação ativa da sociedade. Contudo, o problema do financiamento das Políticas de Saúde não foi resolvido, pois, todas as NOBS e NOAS foram criadas devido ao descumprimento da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142 de 1990, dessa forma, uma nova proposta foi criada em 2006, o Pacto pela Saúde, no intuito de regular e descentralizar as ações e serviços do SUS.

Este Pacto contemplou um acordo firmado entre os gestores das esferas federativas em três dimensões: pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Saúde estabeleceu compromissos de responsabilidades sanitárias para melhoria das condições de saúde, compromissos de gestão e metas relacionadas a indicadores para o controle do monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

Mais recentemente foi instituído o decreto nº 7.508 de 28 de julho de 2011, que regulamentou a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização, planejamento, assistência à saúde como também a articulação entre as três esferas de gestão pública. O decreto ressalta a necessidade de fortalecimento da articulação entre os gestores no processo de descentralização e regionalização em seu âmbito de competência. Este instrumento ainda estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como instrumento de colaboração entre os três níveis de gestão para organizar em uma região a rede de atenção integral a saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013).

O COAP tem a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, firmando responsabilidades, indicadores e metas de saúde, formas de avaliação de desempenho, de que forma será realizado o financiamento para as ações de saúde como também o controle e fiscalização de sua execução e à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Dentre os vários indicadores de saúde incluídos no COAP, está o de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), com a meta de reduzir estas internações por causas sensíveis ao primeiro nível de atenção, por meio da melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE COMO ORDENADORA DA REDE DE CUIDADOS

Ao longo de mais de duas décadas, foram perceptíveis as melhorias na qualidade de vida e saúde da população, porém muito ainda, pode ser ajustado e melhorado para que o SUS

funcione cada vez mais adequado ao perfil populacional do país. Para considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, o SUS dispõe de três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Neste estudo abordaremos com maior ênfase o primeiro nível de atenção por coerência ao objeto de estudo escolhido.

Para Mendes (2009), a atenção básica ou primária é o primeiro nível de atenção, sendo considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde. Ela integra redes de atenção à saúde, organizadas de forma integrada e horizontal de pontos de atenção, que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Ela difere dos outros níveis, pois lida com diversos problemas comuns e menos definidos, em locais próximos aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, visto que o atendimento ocorre em locais inseridos na comunidade, como escolas, consultórios, centros de saúde e domicílios. Os pacientes tem acesso a cuidados preventivos e contínuos para tratar a saúde (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária em si, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, com trabalho multiprofissional, com população alvo e territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando todo o contexto social, demográfico e cultural dessa população adstrita. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que resolvem os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2011a).

No Brasil, a Atenção Primária a Saúde (APS), está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, buscando romper com uma concepção redutora desse nível de atenção, a qual apresenta a atenção primária como o conjunto de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população (saúde pobre para pobres), um padrão de assistência médica (primária) de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações (BRASIL, 2001b).

A atenção Primaria ganhou força no país através de influências internacionais, como a conferência de Alma-Ata em 1978, que foi um marco histórico para a APS. A necessidade do governo na época era de diminuir os gastos com a saúde, visto que existia uma crise econômica no país e a atenção especializada gerava muitos gastos, além de prestar assistência no âmbito de saúde pública com intuito de erradicar e prevenir doenças endêmicas que há anos assolavam a população brasileira.

Para Baptista, Fausto e Cunha (2009), existiram dois momentos de discussão sobre APS no Brasil, o primeiro na década de 1970, com características que se assemelhavam à agenda internacional, onde a questão em foco era o fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde e a extensão da cobertura. Na sequência a partir da segunda metade dos anos de 1990, quando o PSF assumiu centralidade na agenda governamental e foi definido como estratégia de reorganização da atenção primária no âmbito do SUS. A APS começou a ser enxergada como nível de atenção e estratégia de reorientação do sistema de saúde, onde estas ações deveriam ser dirigidas a toda população, havendo, entre elas ações voltadas a grupos específicos.

Optou-se por utilizar o termo atenção primária à saúde, em detrimento do mais utilizado nas políticas nacionais, atenção básica, pela sua correspondência ao termo internacionalmente conhecido “Primary Health Care”. Nessa perspectiva, Starfield (2002) definiu a atenção primária como o nível de serviços considerado porta de entrada para sistema de saúde, em casos de novas necessidades, seja ela preventiva, com a doença instalada ou para reabilitação de uma enfermidade.

A APS oferece atenção de saúde contínua, para todas as condições comuns e frequentes, ainda, coordena ou integra a atenção, como também encaminha para ação dos demais níveis de atenção. Compartilha características de responsabilidade pelo acesso do usuário, qualidade do serviço e custos, apresenta atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, longitudinalidade do cuidado e reforça o trabalho em equipe. É uma abordagem que determina e organiza o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, ela racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Conforme afirma Marsiglia (2008), a APS compartilha valores que dizem respeito à afirmação da saúde, da qualidade de vida, da integridade do ser humano, em sua subjetividade, autonomia, corresponsabilidade e identidade. Caracteriza-se como nova forma de se ver e atuar com o usuário no serviço, através de práticas leves, apoiadas na educação em saúde carregadas de sentido e não necessariamente, apoiadas em tecnologias diagnósticas e invasivas de última geração.

Um sistema de atenção primária adequado é capaz de reduzir a ocorrência de situações evitáveis e indicativas de cuidados insatisfatórios, como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; longos intervalos para visitas domiciliares; dificuldades de acesso a serviços de referência, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória. Um sistema de saúde com

forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo mesmo em contextos de grande desigualdade social (STARFIELD, 2002; STARFIELD, 2008).

A autora prossegue afirmando que, existe quatro atributos primordiais da APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação do cuidado, e ainda dois atributos derivados: centralização familiar e orientação comunitária.

- O primeiro contato está ligado ao acesso do usuário ao serviço para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde.
- A longitudinalidade é a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde que acompanha o usuário e seu acompanhamento ao longo do tempo em um ambiente de troca de cuidados, onde existe uma relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
- A integralidade consiste na prestação de um conjunto de serviços de qualidade e resolutivos que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita.
- A responsabilização é o reconhecimento dos problemas que causam as doenças, a busca e oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia do encaminhamento se necessários, para os serviços ofertados pela rede de saúde.
- A coordenação do cuidado é garantia que existirá a continuidade da atenção no interior da rede de serviços, acompanhando o caminhar do usuário pelos serviços.
- A centralização familiar implica em considerar a família como o centro de observação, o sujeito da atenção.
- A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto sócio-demográfico e cultural em que está inserida.

Para Almeida, Fausto e Giovanella (2011), os fatores que apresentam maior impacto sobre a Atenção Primária, são o papel de filtro dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário, no intuito de avaliar todas as questões voltadas à saúde do indivíduo; a capacidade de resolução da APS por meio da destinação de recursos e da ampliação dos serviços, aumento do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos; o uso da educação permanente em saúde, como forma de qualificação dos profissionais e a valorização profissional.

A APS possui como fundamentos e diretrizes: ter o território adscrito; dar acesso universal e contínuo a serviços de saúde; criar vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita; trabalhar com a integralidade do cuidado em seus vários aspectos; e incentivar a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado e no exercício da participação popular (BRASIL, 2011c). Esse nível de

atenção possui ainda, a capacidade essencial de influir sobre os determinantes sociais em saúde mediante trabalho intersetorial, visto que a APS possui a função de facilitar a integração entre instituições, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde para evitar a fragmentação e alcançar atenção integral e integrada (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Para trabalhar as ações de Atenção Primária em saúde no Brasil, foi definido o Programa de Saúde da Família (PSF) como principal estratégia para a consolidação da Atenção Primária, com intuito de reorientar o modelo assistencial, através de princípios que abordam a família, com território previamente definido e clientela adstrita, formada de uma equipe multiprofissional que trabalha com co-responsabilização, resolutividade, intersetorialidade e com apoio e estímulo a participação dos usuários (BRASIL, 2011a).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu em 1994, como uma proposta substitutiva do paradigma assistencial, não apresentando a doença como foco da assistência, mas a família e o indivíduo. Em 1997, foi redefinido como uma estratégia de gestão e passou a se chamar Estratégia de Saúde da família (ESF).

A ESF tem como objetivo priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua e se apoia nos critérios da vigilância à saúde, com ações organizadas a partir do território onde as famílias estão inseridas, dos problemas de saúde da comunidade, da intersetorialidade e do paradigma da produção social da saúde. A estratégia ainda trabalha reafirmando os princípios básicos trazidos pelo SUS, de universalização, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização e participação da comunidade (PASSOS, 2011).

Contudo, apenas na segunda metade da década de 1990, com a definição da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde de 1996 (NOB 01/96), o Governo Federal passou a incentivar ativamente e financeiramente, como estratégia de gestão, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visto que, estes programas foram formulados desde o início da década e implantados em alguns municípios como estratégia para reorientação do modelo na rede pública de saúde (BAPTISTA, FAUSTO, CUNHA, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família opera utilizando-se de objetivos, metas e passos definidos, estabelecidos e formulados por normatizações a nível central. Ela funciona por meio de equipes de saúde para uma população adstrita de seiscentas a mil famílias, equipes integradas de médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde o número destes

profissionais deve ser suficiente para cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 profissionais por equipe, podendo ser acrescidas de outros profissionais, de acordo com a realidade do local onde estejam sendo implantadas (BRASIL, 2011c).

Essa estratégia inclui ações territoriais, que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários (PAIM, 2008; BRASIL, 2011c). No município de João pessoa, todas as Unidades de saúde da família contam com odontólogos e auxiliares de saúde bucal e essas equipes ainda são apoiadas pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Assim, a Estratégia de saúde da Família (ESF), direcionada à reorganização dos serviços de atenção primária - centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção - assume caráter de proposta de mudança no processo de organização dos serviços assistenciais, segundo uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações, assumindo um caráter mais abrangente, articulada aos demais níveis e orientando a reestruturação do sistema (PAIM, 2008).

Para Rocha, Carvalho e Cruz (2012, p.3), “a implantação desta estratégia já conseguiu, em muitos municípios, reduzir os índices de mortalidade infantil e diminuir o número de mortes por doenças evitáveis, além de reduzir as filas nos hospitais da rede pública conveniada com o SUS”. Isso representa um grande avanço para a melhoria dos indicadores de saúde sensíveis às ações assistências desse nível de atenção a saúde.

No intuito de fortalecer a APS no país, o Ministério da Saúde lançou em 21 de outubro de 2011, a Portaria 2.488, que dispõe sobre a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Este dispositivo legal estabelece uma revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB considera as particularidades da população com base no território, trabalha na perspectiva do cuidado através do acolhimento e da necessidade de saúde do usuário, avaliando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e a demanda, usando tecnologias variadas que auxiliam na resolubilidade das diversas situações do processo saúde-doença do território (BRASIL, 2011c).

De acordo com o Ministério da Saúde, essa portaria reforça a necessidade da APS ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, visto que deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, possui princípios claros e objetivos que

perpassam os princípios e diretrizes do SUS com o foco principal na singularidade da assistência ao usuário através universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011c).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, onde todos os saberes devem ser valorizados, desconstruindo o modelo biomédico, presta serviços de saúde a população de um território delimitado, com aproximadamente mil famílias ou de três a quatro mil habitantes, pelas quais são responsáveis pelas condições de saúde, porém, o número de pessoas a serem cadastradas por equipe deve considerar a vulnerabilidade das famílias e quanto maior for a vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas acompanhadas (ELIA; NASCIMENTO, 2011).

A ESF trabalha na lógica da territorialização, esse processo identifica a população do território adscrito; suas condições de vida; Infraestrutura; os problemas existentes; fatores determinantes e condicionantes da saúde na comunidade. Esse processo é de extrema importância, visto que subsidia os profissionais a traçarem um plano de ações para intervir nos problemas da comunidade, através de uma análise situacional do ambiente (BRASIL, 2011c).

Dentre as atribuições relacionadas ao processo de trabalho das Equipes de Saúde da família encontram-se; a reorganização da atenção primária; a adstrição da clientela, a qual se refere à criação de vínculo permanente, estabelecido entre a população e as equipes de saúde; realização de acolhimento de todos os usuários que procuram o serviço; visitas domiciliares; a territorialização, através do mapeamento do território e população vulnerável; o diagnóstico da situação de saúde da população; análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e o planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde coerentes com as necessidades da população; monitoramento e avaliação das ações na equipe; apoio as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, entre outras funções (KEBIAN, ACIOLI, 2014; BRASIL, 2011c).

No intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada à população e reforçar o processo de trabalho da ESF, o Ministério da Saúde, criou em 2008, mediante a Portaria nº 154/GM/MS de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o seguinte objetivo, entre outros:

ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de

diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2011c, p. 11).

As principais formas de contribuição do NASF na atuação conjunta com a ESF devem estar sustentadas pelo Apoio Matricial por meio de discussão de casos; atendimento conjunto ou não; interconsulta; construção de projetos terapêuticos junto a equipe; educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes entre outras estratégias, para isso, pode ser realizado o uso compartilhado de ferramentas de cuidado com a equipe da ESF, como: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (LIMA, 2013).

A Atenção Primária à saúde tem a missão de ser resolutiva, para as necessidades de saúde da população através de ações de sua competência, contudo, quando isso não acontece e as condições sensíveis a esse nível de atenção não são sanadas, ocorrem falhas no atendimento a população e os usuários procuram outros serviços da rede para que tenham suas necessidades resolvidas, nasce assim, a necessidade de internação hospitalar.

3.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os indicadores de saúde devem ser utilizados para avaliar e subsidiar o planejamento das ações de saúde nos três níveis de atenção, identificando situações de risco e vulnerabilidade, comparando diferentes estratégias e avaliando os efeitos das políticas públicas adotadas. Os melhores indicadores são aqueles que conseguem analisar os diversos determinantes do processo saúde-doença, como também a oferta e qualidade dos serviços prestados, todos esses fatores são observados no intuito de avaliar potenciais problemas do sistema de saúde e servir de subsídio para a tomada de decisão com base nas necessidades de saúde da população (FERREIRA, et. al., 2014).

Billings, et. al., (1993) asseguram que na década de 1980, através da avaliação do impacto das condições socioeconômicas na taxa de internações hospitalares, foi possível observar que a ação oportuna e eficaz dos serviços ambulatoriais diminuiu a taxa de hospitalizações.

De acordo com Homar e Matutano (2003) as internações hospitalares por condições que deveriam ser evitadas e/ou tratadas pela Atenção Primária à saúde, foram denominadas inicialmente, por *Ambulatory Care Sensitive Conditions*. Trata-se de um indicador de avaliação hospitalar, contudo pode ser utilizado indiretamente para avaliar a efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS), pois uma elevada resolutividade da APS está diretamente relacionada à diminuição das hospitalizações, visto que trabalha com medidas de promoção, prevenção, reabilitação da saúde e de agravos.

Para Casa-Nova e Starfield (1995), a utilização das taxas de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) teve início nos Estados Unidos para avaliar o desempenho e efetividade dos serviços ambulatoriais. A partir de então, países que possuíam um sistema de saúde universal e baseado nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), como a Espanha, passaram a utilizar as ICSAP como indicador de efetividade, para verificar que altas taxas desse indicador eram sugestivos de problemas no acesso e na qualidade da APS. Atualmente é um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade propostos para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (NEDEL, et. al., 2010).

O Brasil, seguindo tendências internacionais, também começou a analisar as taxas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária para avaliar e monitorar a efetividade da atenção primária à saúde (ALFRADIQUE, et. al., 2009). Dessa forma, Nedel, et. al., (2010), afirmam que Condições Sensíveis à Atenção Primária indicam problemas de saúde que devem ser tratados por ações prevalentes do primeiro nível de atenção em saúde, desse modo, em situações que houver ausência de atendimento eficaz e em tempo oportuno, pode ser necessário o uso de serviços especializados, necessitando que haja a hospitalização dos pacientes.

Alguns países associam a redução da taxa de ICSAP com a melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária, visto que são inversamente proporcionais. Altas taxas de ICSAP indicam problemas de acesso e de desempenho dos serviços de saúde e a análise e busca de explicações deve auxiliar o gestor na tomada de decisão em relação à melhoria da qualidade da assistência a saúde dos serviços. Com o propósito de desenvolver um indicador de saúde, que contribuísse para avaliar e comparar a APS em nosso país, foi criada uma lista de problemas de saúde em 2007, adaptada a situação epidemiológica brasileira, com a participação gestores, pesquisadores e especialistas no tema (ALFRADIQUE, et. al., 2009).

Esta lista foi revisada com auxílio da sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade, e apresentada com base na décima revisão da Classificação Internacional de

Doenças (CID-10), dessa forma, a versão final da Lista Brasileira de ICSAP foi publicada em 17 de abril de 2008, em forma de anexo da Portaria nº 221. Incluíram 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos), agrupadas de acordo com a possibilidade de intervenções e a magnitude dos agravos, no total de 19 grupos diagnósticos (BRASIL, 2008).

Durante a seleção das condições sensíveis a atenção primária foram utilizados critérios específicos como: evidências científicas de ser causa sensível a APS; apresentar diagnóstico fácil; ser uma enfermidade característica do país; ser uma condição que a APS possui ferramentas para resolver ou prevenir futuras internações; necessidade de hospitalização quando a enfermidade estiver instalada; o diagnóstico não deve ser influenciado por incentivos financeiros (BRASIL, 2008).

Para Caminal, et. al., (2004) dentre as doenças preveníveis pela ação da APS que podem, em muitos casos, necessitar de internações hospitalares se não receberem atendimento eficaz, oportuno e contínuo, encontram-se doenças imunopreveníveis (sarampo, tétano e difteria, entre outras), gastroenterites, doenças não transmissíveis (hipertensão, coma diabético, entre outras). Assim como, esse nível de atenção à saúde pode reduzir as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (insuficiência cardíaca congestiva, entre outras). As taxas de hospitalização por estas condições citadas são mais frequentes nos extremos de idade, ou seja, as maiores incidências são em crianças e idosos.

O indicador de ICSAP auxilia a observar as necessidades de melhorias na resolubilidade da APS, com base nos problemas de saúde identificados, tendo em vista o melhor seguimento e coordenação entre os níveis de atenção (REHEN, 2011). Ainda de acordo com a mesma autora, as ICSAP ocorrem devido a vários fatores, sendo, portanto multicausal, envolvendo desde acesso e qualidade da assistência prestada pelas Equipes de Saúde da família, até os determinantes sociais do território e o processo de trabalho das Equipes.

Nos sistemas organizados em redes de atenção, esse indicador tem grande possibilidade de avaliar não só a APS, mas o sistema como um todo, contribuindo para análise e reflexão tanto dos profissionais envolvidos na execução da APS quanto daqueles responsáveis pela gestão das políticas locais, regionais e nacional de saúde (REHEN, 2011, p.199).

A distribuição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorre com uso do princípio doutrinário do SUS da Equidade, visto que são implantadas nas áreas de maior

vulnerabilidade da população. São territórios desprovidos de acesso aos principais serviços a população e consequentemente sofrem com maior ocorrência de doenças, dessa forma, as ICSAP podem permitir a identificação da população que não recebe assistência a saúde adequada. Dessa forma, onde o acesso à atenção primária à saúde não é universal, deve-se avaliar dentre outras situações, as condições socioeconômicas do território, para que se possam interpretar as hospitalizações por condições sensíveis à APS (NEDEL, et al, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família deve trabalhar de forma intersetorial, buscando uma articulação com os demais serviços do município, como áreas do âmbito social e do desenvolvimento econômico, para que através dessas articulações consiga melhorar a qualidade de vida da população, ampliar o leque de resolubilidade da APS e consequentemente diminuir as taxa de hospitalização por condições que deveriam ser resolvidas e acompanhadas por esse nível de atenção.

3.4 TEORIA DA INTERVENÇÃO PRÁXICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (TIPESC)

A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) faz parte da dimensão de teorias e práticas que, embasadas na visão Materialista, História e Dialética de mundo, proporcionam parte do suporte teórico-conceitual da saúde coletiva.

De acordo com Perreira (2012) a TIPESPC possui suas bases fundamentais nas teorias de Marx; admite mudanças concretas por meio da ação do trabalho, norteadas pelas leis da dialética; auxilia o entendimento do movimento histórico em suas contradições através da compreensão objetiva dos processos de mudança da realidade.

As bases teóricas desta teoria são derivadas da visão de mundo materialista e histórica e nas categorias conceituais e dimensionais. Tomam-se por base, as leis da dialética: lei da unidade e luta dos contrários; lei da passagem da quantidade para qualidade e lei da negação da negação (QUEIROZ; EGRY, 1988).

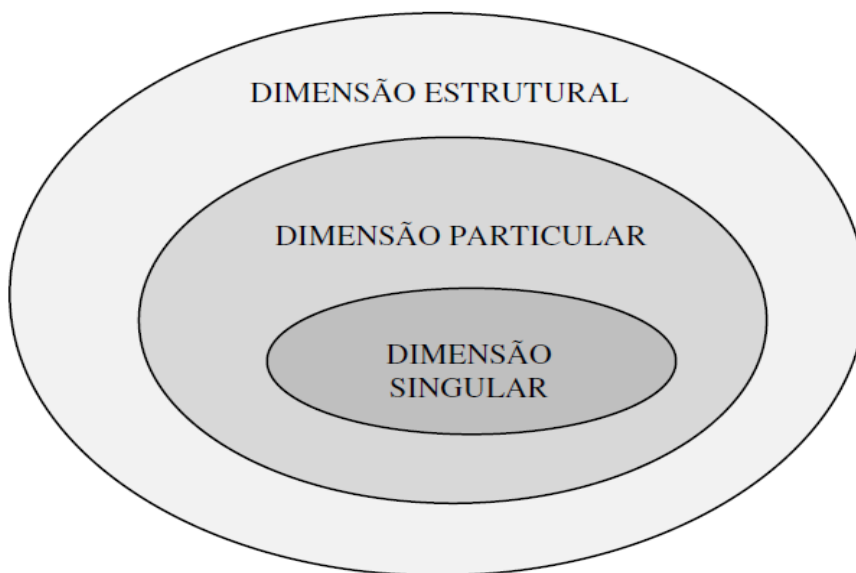
Para Egry (1996), a trajetória processual da TIPESC pode orientar a assistência de enfermagem em Saúde Coletiva ou qualquer percurso investigativo proposto neste campo do saber. Essas etapas são a CAPTAÇÃO da realidade objetiva, INTERPRETAÇÃO da realidade objetiva, Construção de um PROJETO de INTERVENÇÃO na realidade objetiva, INTERVENÇÃO na realidade objetiva e finalmente a REINTERPRETAÇÃO desta realidade. Para compreender a realidade objetiva é necessário entender que ela se transforma com intervenção consciente e planejada.

A **captação da realidade objetiva** constitui a leitura do real, momento em que se busca desvendar o fenômeno. A **interpretação da realidade objetiva** é a descoberta da essência do fenômeno. A **construção do projeto de intervenção na realidade objetiva** é o momento de seleção de objetivos, estratégias, corpo teórico-metodológico, definição de tempo e competências. É o instante de confronto com a realidade. A **intervenção na realidade objetiva** proporciona as transformações qualitativas no sujeito (que intervém) e no objeto (que sofre a intervenção). A última etapa ou **reinterpretação da realidade objetiva** é a reinterpretação da operacionalização do caminho metodológico, reiniciando o processo, o momento de validação ou não da teoria utilizada (EGRY, 1996).

Dessa forma, a TIPESC sistematiza a interpretação da assistência na práxis da enfermagem, com base nos processos de produção e reprodução social, referentes ao processo de atuação da enfermagem, levando em conta um contexto historicamente determinado.

Para Silva e Egly (2003) a Metodologia de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (METISC) apresenta de modo sistematizado a forma para captar, interpretar e intervir nas práticas de enfermagem, tendo em vista suas dimensões: singular, particular e estrutural.

Figura 1 - Esquema representativo do processo da TIPESC com base nas suas dimensões



A **dimensão estrutural** é aquela formada pelas relações socioeconômicas e político-ideológicas derivadas dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade. A **dimensão particular** é a dinâmica e a historicidade do processo saúde-doença dentro de diferentes classes sociais, destacando a

inserção do sujeito em dada classe social. A **dimensão singular** é formada pela expressão do processo saúde-doença de cada indivíduo, em sua classe social, sempre determinados pelo tipo de inserção do sujeito na produção (QUEIROZ, EGRY, 1988).

Neste estudo o Sistema Único de Saúde representa a dimensão estrutural do fenômeno a ser investigado. Considera-se o processo saúde-doença dos usuários da atenção primária à saúde como constitutivo da dimensão particular e as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) como a dimensão singular do fenômeno.

3.5 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os métodos estatísticos são de extrema importância visto que contribuem, entre outras situações significativas, para auxiliar gestores durante a tomada de decisão baseada em evidências e também validam pesquisas científicas (TRIOLA, 2008). O conhecimento estatístico é utilizado não apenas na análise dos dados, mas também na escolha do método, do programa de análise, da apresentação dos resultados, na interpretação e no seu dimensionamento (MAIA, 2008).

De acordo com Maia (2008), os dados de um estudo para receberem um tratamento estatístico adequado, devem possuir objetivos bem concebidos, devem ser capazes de sustentar a viabilidade e a confiabilidade através de um processo de validação. Assim, as pesquisas científicas devem ser bem delineadas, ocorrendo à orientação das etapas a serem perpassadas até a sua conclusão. Os métodos devem enquadrar-se na natureza da pesquisa e dos dados disponíveis, se eles são qualitativos ou quantitativos (SILVA, 2001). Para Triola (2008) a estatística é um importante instrumento para a construção do plano de trabalho, pois os métodos se direcionam a inferência e descrição de dados.

Uma hipótese estatística é uma afirmativa sobre uma característica da população. Ao coletar uma amostra da população é possível generalizar os resultados obtidos da pesquisa através da estatística inferencial utilizando, testes de hipóteses. Estes testes são aplicações importantes para realizar inferência sobre parâmetros de interesse a partir dos dados amostrais. As hipóteses de pesquisa são afirmativas do problema que será investigado as quais poderão ser aceitas ou não. São componentes formais para o teste de hipótese: hipótese nula; hipótese alternativa; estatística do teste; região crítica; nível de significância; valor crítico; valor P (TRIOLA, 2008).

A hipótese nula (H_0) é uma hipótese de igualdade, enquanto a hipótese alternativa (H_1) é a afirmação de que o parâmetro tem um resultado divergente ao da afirmativa de igualdade ou hipótese nula (WILD; SEBER, 2004; TRIOLA, 2008).

A região crítica é o lugar onde o valor da estatística do teste leva a rejeição da hipótese nula, tendo área igual ao do nível de significância. A região crítica é encontrada na extremidade de uma cauda pertencente à curva de uma distribuição, dependendo do tipo de teste a ser realizado, por exemplo: unilateral ou bilateral. Caso o teste seja bilateral a região crítica estará nas duas regiões extremas de uma curva; no teste unilateral à esquerda a região crítica localiza-se na região da cauda esquerda, enquanto, no teste unilateral à direita a região crítica está inserida no extremo da curva à direita (TRIOLA, 2008).

Quanto à regra de decisão, caso o valor da estatística do teste pertence à região crítica, rejeita-se (H_0). De modo contrário, ao não rejeita-la pode-se concluir que não há evidências amostrais suficientes para rejeitar (H_0) (TRIOLA, 2008). Dessa forma, a região crítica é composta por um conjunto de todos os valores da estatística de testes que fazem a hipótese nula ser rejeitada. A determinação da região crítica dar-se-á através de um valor crítico que se apresenta a partir da distribuição teórica da Estatística do Teste.

A tomada de decisão com base nos testes de hipóteses esta sujeita a dois tipos de erros: erro tipo I conhecido também como erro de rejeição ou erro α , aquele que ocorre quando se rejeita (H_0), e essa hipótese é verdadeira, e o erro tipo II, também conhecido como erro de aceitação ou erro tipo β , que ocorre quando não rejeita a hipótese nula e esta é falsa (WILD; SEBER, 2004; TRIOLA, 2008).

Quadro 1 - Tipos de erros no Teste de Hipóteses

Decisão	Hipótese H_0 verdadeira	Hipótese H_0 falsa
ACEITAR A HIPÓTESE NULA	Decisão correta ($1-\alpha$)	Erro tipo II B
REJEITAR A HIPÓTESE NULA	Erro Tipo I α Nível de significância	Decisão correta ($1-\beta$) Poder do teste

É necessário saber que existe uma relação entre α , β e n (tamanho da amostra) de forma que, quando escolhemos ou determinamos quaisquer dois deles, o terceiro fica automaticamente determinado. Segundo Triola (2008) quanto menor for o valor de α maior será o valor de β e vice e versa. Para o controle do erro tipo I e erro tipo II é necessário o

aumento do n , que neste estudo é suficientemente grande. Para este estudo, optou-se por um nível de significância de 0,05.

No Teste de Igualdade de Proporções (Homogeneidade) para k populações, tem-se $H_0: p_1 = p_2 = \dots = p_k$, ou seja, considera-se que não existem diferenças significativas entre as k proporções analisadas, as diferenças observadas são evidenciadas ao acaso, entretanto, se houver pelo menos um $p_i \neq p_j$, desta forma, optaremos pela rejeição de H_0 .

Assim, por meio do Teste de Igualdade de Proporções, se a hipótese nula (H_0) for rejeitada não implicará que houve, necessariamente, uma tendência, mas que ao menos alguma proporção amostral se diferenciou das demais, e, neste caso, será necessário realizar o teste de tendência de proporções.

Para Bussab e Morettin (2002), a estatística Qui-quadrado pode ser utilizada para observar se houve igualdade de proporções. Assim utiliza-se a seguinte estatística:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i},$$

onde, O_i é a frequência amostral da população i , E_i representa a frequência esperada da população i , e k é o número de populações comparadas. Assim, E_i é calculado por meio da soma das frequências amostrais das populações (linha), multiplicado pela soma das frequências de cada k população comparada (coluna), dividido pelo total da amostra, tendo como base uma tabela de contingência. A estatística utiliza $(k - 1)$ graus de liberdade. Caso haja homogeneidade de comportamento da variável, essa proporção deve ser a mesma em todo o período analisado.

O teste analisa as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas considerando H_0 como verdadeira. Pode-se dizer que se k grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as frequências observadas e as esperadas em cada categoria forem muito pequenas, próximas à zero. Por outro lado, havendo divergências entre as frequências observadas e esperadas, devemos rejeitar a hipótese H_0 de homogeneidade visto que a estatística χ^2 deverá estar direita do ponto crítico, ou seja, dentro da região de rejeição.

Uma vez rejeitada a hipótese H_0 no teste de igualdade de proporções, e na perspectiva de averiguar se as proporções apresentam alguma tendência, durante um período de k anos, será realizado o Teste de Tendência de Proporções proposto por Armitage (1955).

O Teste de Tendência de Proporções tem a finalidade de verificar se existe diferença entre as proporções no decorrer dos anos analisados. Neste teste, são definidas as seguintes hipóteses:

H_0 : As proporções analisadas são iguais, ou seja, não existe tendência nas proporções;

H_1 : As proporções são diferentes, ou seja, ocorreu tendência crescente ou decrescente nas proporções.

De acordo com Armitage (1995), para analisar a tendência de determinadas proporções à estatística de teste é dada pela expressão a seguir:

$$\chi^2 = \frac{\left\{ \sum_{i=1}^k x_i (O_i - E_i) \right\}^2}{\sum_{i=1}^k E_i x_i^2 - \left(\sum_{i=1}^k E_i x_i \right)^2 / t}$$

onde: O_i é a frequência amostral da população i , $t = \sum_{i=1}^k O_i$, E_i a frequência esperada dada por $E_i = \left(\frac{t}{T} \right) N_i = P N_i$, em que T o somatório dos totais das k populações e N_i é o total da população i . Por último, x_i representa um escore atribuído a população i , calculado da seguinte forma: $x_1 = -1/2 (k - 1)$, $x_2 = -1/2 (k - 3)$, ..., $x_k = 1/2 (k - 1)$. É possível notar que nenhum dos escores é igual à zero. O teste é calculado com $(k - 1)$ graus de liberdade. O quadro 2 ilustra uma estrutura de dados para o teste de tendência de proporções.

Quadro 2 - Estrutura tabular para realização do cálculo da Estatística χ^2 no teste de tendência de proporções

Ano	1	2	3	...	K	Total
Linha 1	n_1	n_2	n_3	...	n_k	t
Linha 2	$N_1 - n_1$	$N_2 - n_2$	$N_3 - n_3$...	$N_k - n_k$	$T - t$
Total	N_1	N_2	N_3	...	N_k	T

Diante do exposto, é possível afirmar que o teste de tendências de proporções é complementar ao teste de igualdade de proporções, visto que o primeiro será realizado apenas, se o valor obtido no teste de igualdade de proporções for significativo.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

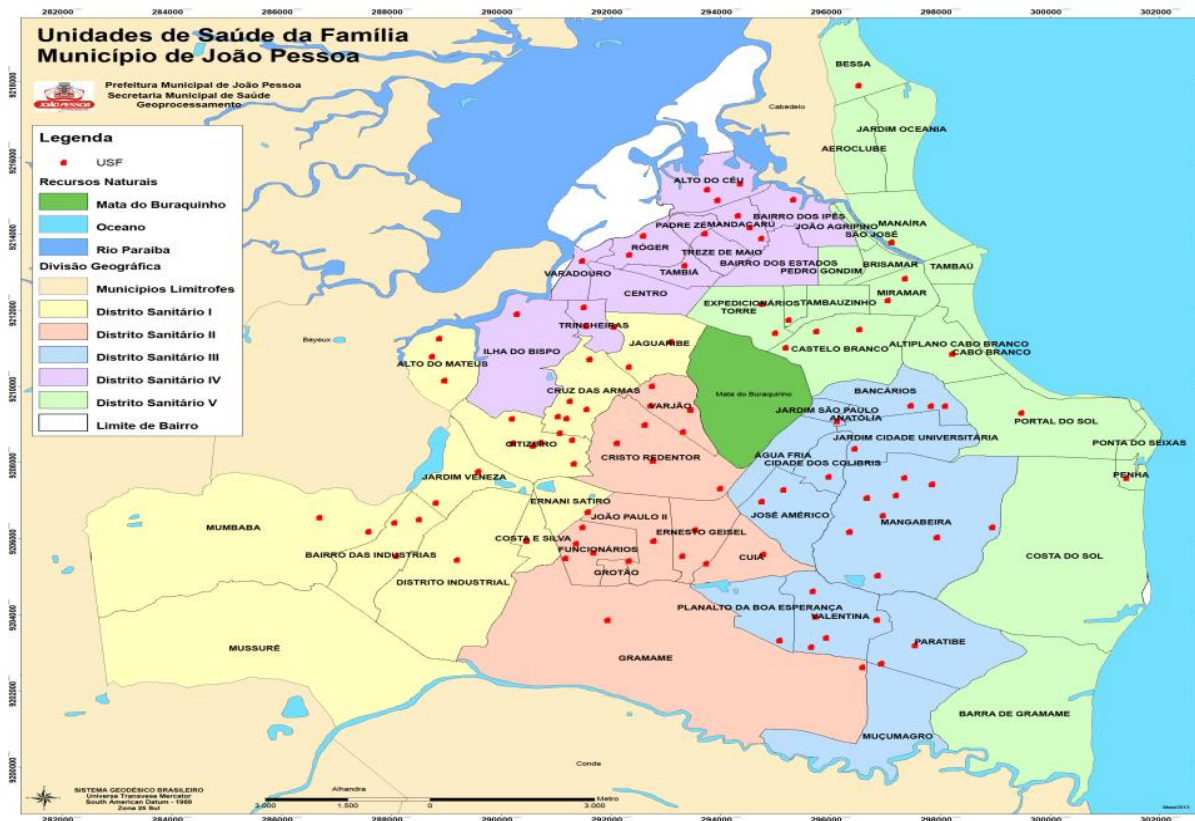
O presente estudo foi realizado no município de João Pessoa capital do estado da Paraíba, região nordeste do Brasil. João Pessoa possui uma área geográfica de 211,475 km², clima quente e úmido e altitude de 37 a 74m acima do nível do mar. Localizada na porção mais oriental da Paraíba, limita-se ao Norte com o município de Cabedelo, por meio do Rio Jaguaribe; ao Sul com o município do Conde através do Rio Gramame; a Leste com o Oceano Atlântico; e a Oeste com os municípios de Bayeux pelo Rio Sanhauá e Santa Rita pelo Rio Mumbaba. Possui um litoral privilegiado com 30 km de praias. A economia da Capital Paraibana está acostada no comércio, na indústria e turismo (PARAÍBA, 2014).

Com 791 438 habitantes João Pessoa é a 8ª cidade mais populosa da Região Nordeste e a 23ª do Brasil, possui uma densidade demográfica de 3.421,28hab/km². Sua região metropolitana é constituída pelos municípios de Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Alhandra, Pitimbu, Caaporã, Mamanguape, Rio Tinto e Santa Rita. Da população de João Pessoa cerca de 51% são mulheres e 49% homens, 20,1 % é formada por jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto que 9,1% estão na faixa etária de 60 anos e mais (IBGE,2015).

Em relação à saúde, o município possui em sua rede assistencial, quatro hospitais, 23 estabelecimentos de atenção especializada, 181 unidades da rede básica de saúde. Dos estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao município 215 são da rede municipal de saúde, 42 da rede credenciada e nove são serviços filantrópicos. A rede de Saúde do município é composta por 180 Equipes de Saúde da Família, 7 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, 4 Unidades Básicas de Saúde, 20 Equipes Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, 07 Equipes de Atenção Domiciliar – SAD (PARAÍBA, 2014).

O município é formado por 65 bairros, e cinco distritos sanitários que prestam assistência a saúde no nível primário, com cerca de 88,3% de Cobertura de Saúde da Família. O Distrito Sanitário I possui 45 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Distrito Sanitário II com 38 ESF, Distrito Sanitário III com 53 ESF, Distrito Sanitário IV com 26 ESF e o Distrito Sanitário V com 18 ESF(PARAÍBA, 2014).

Figura 2 - Mapa da cidade de João Pessoa, dividida por distritos sanitários



Fonte: (PARAÍBA, 2014).

Os Serviços que formam a rede de Atenção especializada do município são: Centro Regional de Saúde do Trabalhador – CEREST; Centro de Zoonose; Centro de Referência de Imunização; Unidade de Pronto Atendimento – UPA Oceania; três Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência; Unidades Básicas de Saúde (Praias, Francisco das Chagas, Lourival Gouveia, a USF São José também funciona enquanto UBS à noite e Mandacaru); três Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS Cristo, Jaguaribe e Mangabeira); Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI); quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM); Unidade de Acolhimento Infantil (UAI); dois Serviços Residenciais Terapêuticos; Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO -Jaguaribe, Torre, Cristo e Mangabeira); Laboratório Central do Município (LACEN Municipal). Os hospitais municipais que compõe a rede hospitalar são: Instituto Cândida Vargas (Reunião Matricial Recente sobre o serviço); Hospital Santa Isabel; Complexo Hospitalar de Mangabeira; Hospital Municipal de Valentina (PARAÍBA, 2014).

Quadro 3 - Serviços da Rede de Saúde do Município de João Pessoa por Distrito Sanitário

REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA – PB				
DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V
-Hospital Cândida Vargas; -CAIS Jaguaribe; -CEO Jaguaribe; -EACS Matinha I (CAIS Jaguaribe) -Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA -Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST; -Laboratório Central – LACEN; -02 Farmácias Populares (Costa e Silva e Cruz das Armas); -45 ESF; -01 Base do SAMU.	-CAPS AD; -CAIS Cristo; -CEO Cristo; -Farmácia Popular (Varjão) -EACS Portal Colinas; -38 ESF; -Unidade de Acolhimento Infantil.	-Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity; -Pronto Atendimento em Saúde Mental(PASM); -Hospital Municipal Valentina de Figueiredo; -CAPS II Caminhar; -CAIS Mangabeira; -CEO Mangabeira; -Centro de Práticas Integrativas e Complementares (Valentina); -Centro de Práticas Integrativas e Complementares - Equilíbrio do Ser (Bancários); -53 ESF; -01 Base do SAMU.	-Hospital Geral Santa Isabel; -CAISI -CAPS I -Residência Terapêutica; -02 Farmácias Populares (Centro e Tambiá) -26 ESF; -Central de Regulação; -CAPS Gutemberg Botelho	-Secretaria Municipal de Saúde; -CEO Torre; -Centro Municipal de Imunização; -Centro de Valorização da Vida - CVV; -Serviço de Assistência Domiciliar – SAD; -Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 Horas; -01 EACS; -18 ESF; -02 Bases do SAMU.

Fonte: (PARAÍBA, 2014).

4.2 TIPOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, ecológica, inferencial com abordagem quantitativa e qualitativa. Os estudos ecológicos abordam áreas geográficas, analisando comparativamente indicadores globais, quase sempre por meio de correlação entre variáveis ambientais (ou socioeconômicas) e indicadores de saúde da população (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2009).

Os estudos com abordagem quantitativa utilizam-se da representatividade numérica tanto na coleta quanto no tratamento das informações, faz uso de técnicas estatísticas, com objetivo de obter resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando maior margem de segurança (MINAYO, 2010).

Para Lakatos e Marconi (2009) os estudos qualitativos abordam e descrevem a complexidade de uma determinada situação, faz-se necessário compreender e classificar os processos dinâmicos nos grupos, isso contribui no processo de mudança, possibilitando a participação, a interpretação e o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos.

Para Minayo (2010) a pesquisa quantitativa conduz à escolha de um problema e o quantifica, contudo, sua complexidade (situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos) são analisadas com base em métodos e técnicas qualitativas. As duas metodologias podem ser usadas em um mesmo estudo, dessa forma, não são incompatíveis.

4.3 POPULAÇÃO

A população constituiu-se da totalidade dos sujeitos possíveis, não havendo amostra para este estudo. Na análise qualitativa, a população investigada foi formada pelos cinco Diretores Técnicos dos Distritos Sanitários, gestores responsáveis pela discussão dos indicadores de saúde e auxiliares na tomada de decisão nos distritos do município de João Pessoa. A etapa quantitativa do estudo foi alimentada por dados secundários de todas as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária do município de João Pessoa entre os anos de 2008 e 2013.

4.4 INSTRUMENTOS

Um questionário semiestruturado desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa, foi aplicado aos gestores durante a etapa qualitativa do estudo, sendo composto por oito questões objetivas que englobaram dados pessoais, escolaridade, tempo de serviço e cinco questões subjetivas de modo a atender, em todos os aspectos, aos objetivos da pesquisa onde os participantes discorreram sobre o planejamento e avaliação de ações de gestão das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (APÊNDICE B).

4.5 COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO

Os dados do tipo secundário foram coletados considerando o marco da implantação da Lista nacional de internações por condições sensíveis a atenção primária em 2008. As informações foram coletadas com base na Portaria nº 221/2008, a qual codifica as ICSAP baseada na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Neste estudo, foram avaliados os 19 grupos de diagnósticos da citada lista. As internações foram selecionadas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista gravada, tendo como base um questionário semiestruturado (APÊNDICE B). Após as entrevistas, o material foi transcrito na íntegra e analisado com base na técnica da Análise do Discurso na vertente proposta por Fiorin (2006).

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO

Os dados quantitativos foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2015, onde foi realizada uma análise retrospectiva anual das ICSAP dos usuários do Município de João Pessoa entre os anos de 2008 e 2013. Após acessar o SIH-SUS disponível no site do DATASUS, foram selecionadas as variáveis abordadas no estudo. A tabulação do banco de dados com as frequências sobre as internações e suas variáveis, foi realizada com auxílio do aplicativo TabWin disponível no mesmo site. Os dados foram inicialmente salvos em forma de tabelas e logo após transcritos para o programa computacional R, onde foram analisados com base nos testes estatísticos adequados.

Para coleta dos dados qualitativos o projeto inicialmente foi enviado a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, que os remeteu para os cinco Distritos Sanitários do município, estes, apreciaram e forneceram carta de anuência a pesquisa.

O questionário semiestruturado (APÊNDICE B) foi validado por dois especialistas que atuaram na gestão da Atenção Básica do Município de João Pessoa, visando à inserção de eventuais sugestões, e assim, certificaram o alcance acadêmico do instrumento. Após a validação do piloto, entrou-se em contato com os cinco diretores técnicos dos Distritos Sanitários, para marcar as entrevistas conforme disponibilidade do entrevistado. No dia e horário marcados, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), assinado pelo participante. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo na sequência analisadas com base na técnica de Análise do Discurso.

4.7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O estudo teve como base teórica a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESPC). Essa teoria admite mudanças concretas por meio da ação do trabalho, norteadas pelas leis da dialética; auxilia o entendimento do movimento histórico em suas contradições através da compreensão objetiva dos processos de mudança da realidade.

Para análise dos dados quantitativos foi realizada análise exploratória de dados e análises inferenciais, utilizando o Teste de Igualdade de Proporções e o Teste de Tendência de Proporções com auxílio do programa computacional R para tabulação e descrição dos dados. O software R é um instrumento virtual, de livre manipulação, desenvolvido para a computação, análise de dados, construção de gráficos, realização de cálculos (AMARAL; CESARIO, 2009).

Os dados qualitativos foram analisados com base na técnica de Análise do Discurso de Fiorin (2006). Para este autor, o texto é um todo organizado de sentido, em um determinado universo de significação. Assim, a importância da análise do discurso decorre da possibilidade de se examinar, nas criações da linguagem, as histórias que o ser humano produz e nelas percebe seus valores, ou seja, o significado atribuído às dimensões que compõem os universos da realidade dos seres humanos em cada momento histórico.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os preceitos éticos demandados pela Resolução 466 de 12/12/2012 (BRASIL, 2012), que regula pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, sob o protocolo nº 1.172.740 e CAAE: 4575131540000.5178 em sessão realizada em 12/08/15 conforme Anexo 2.

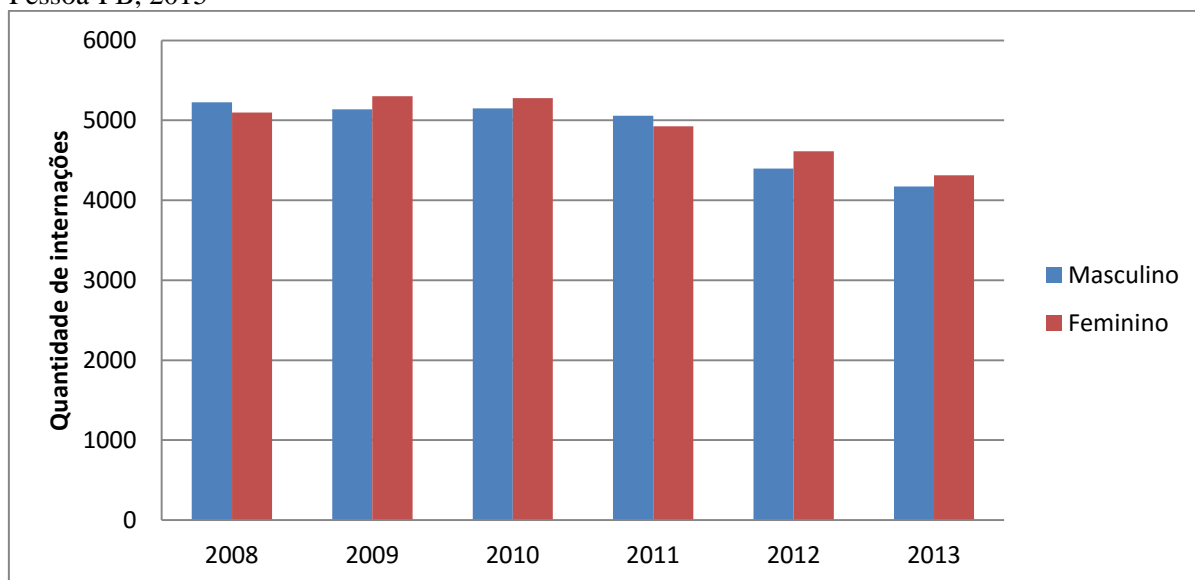
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Análise Exploratória de Dados

O gráfico 1 apresenta o número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por sexo e por ano analisado. É possível visualizar um decréscimo no número das ICSAP até o ano de 2013. Ocorreu durante esse período uma distribuição semelhante destes números entre os sexos. No tocante a diferença das internações por sexos, não houve sobreposição significativa. Essa situação indica que tanto homens (49,7%) quanto mulheres (50,3%) procuram os serviços de saúde especializados em uma proporção semelhante. Essa fragilidade pode estar ligada a falta de resolubilidade da atenção primária que deve assumir o papel de coordenadora do cuidado aos usuários.

Gráfico 1 - Internações por condições sensíveis à atenção primária, por sexo, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015



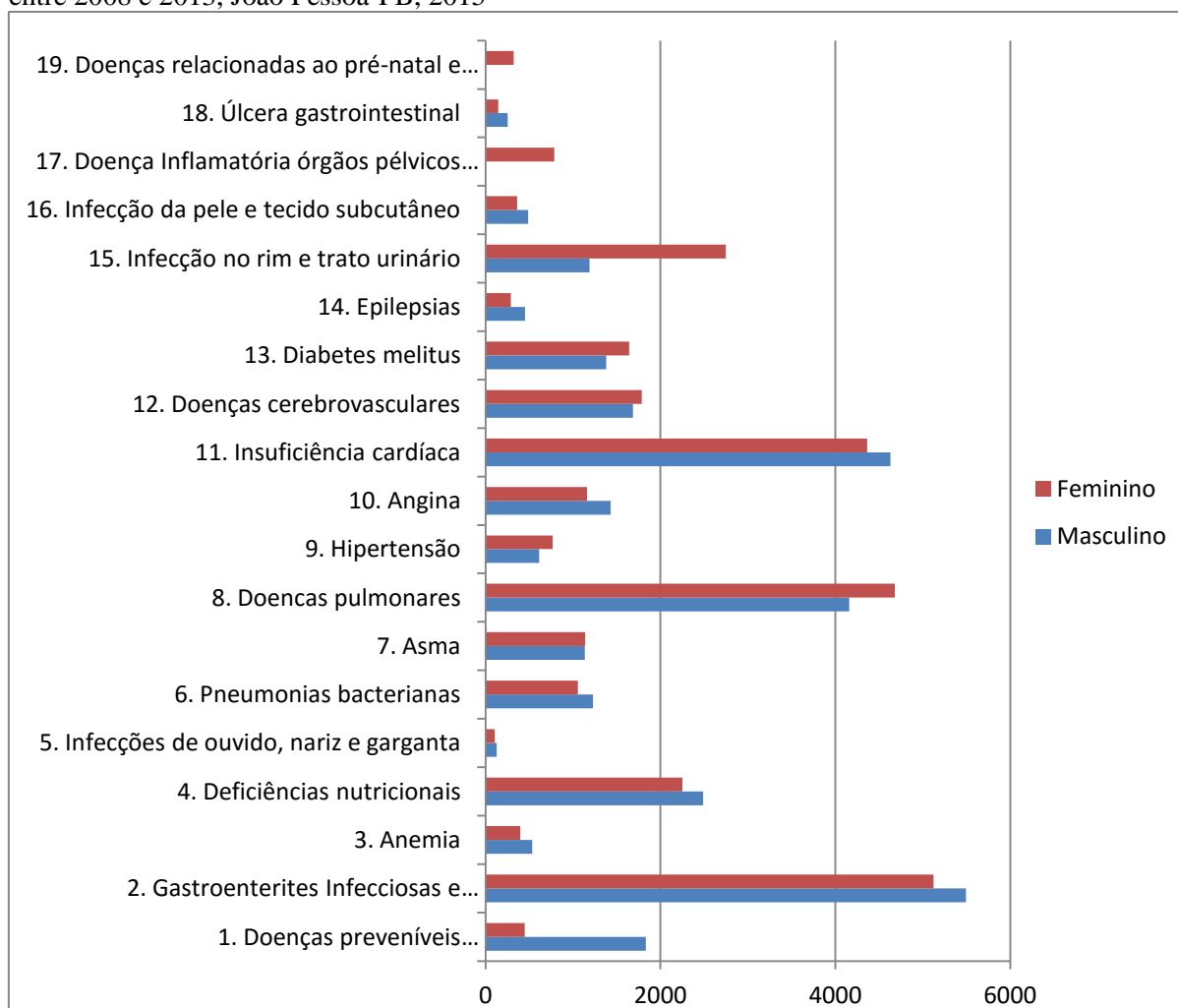
Fonte: DATASUS/SIH.

As hospitalizações evitáveis representam sinal de alerta aos gestores e profissionais de saúde do SUS. É salutar analisá-las no intuito de identificar falhas na rede de atenção, tais como a falta de acesso, qualidade e resolutividade dos serviços que pode levar à manutenção de altas taxas de internações sensíveis à APS (BOING, et al, 2012). A análise das ICSAP

pode subsidiar a observação adequada do contexto de saúde epidemiológico e sanitário, e ainda, servir como ferramenta de auxílio a tomada de decisão fundamentada em evidências e com isso, auxiliar a elaboração de ações e políticas públicas de saúde baseadas nas necessidades da população (DEININGER, et al, 2015).

De acordo com o gráfico 2, a maior parte das ICSAP apresentaram poucas flutuações entre o sexo feminino e masculino, contudo, as doenças imunopreveníveis possuem prevalência quatro vezes maior para o sexo masculino, e não há relação entre essa causa de internação e o sexo masculino, visto que as vacinas são disponibilizadas na rede pública para todos os cidadãos, independente do sexo. As infecções do rim e trato urinário se expuseram duas vezes mais frequentes para o sexo feminino, essa causa pode está relacionada à anatomia do sistema urinário feminino no qual tem suas singularidades.

Gráfico 2 - Internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo grupo de causas e sexo, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015

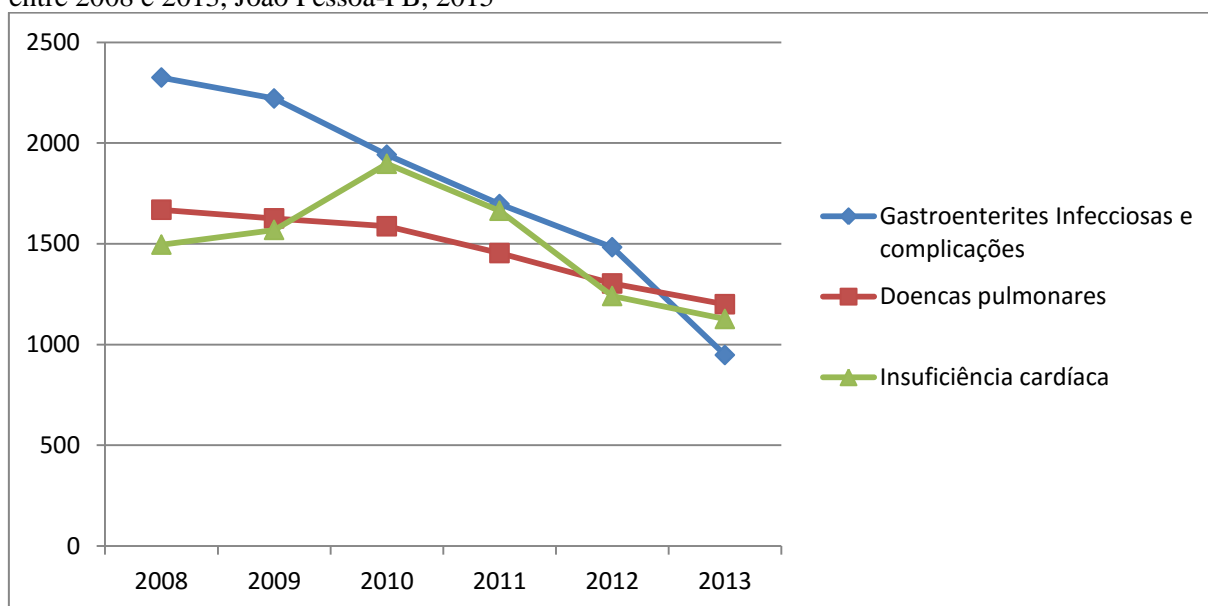


Fonte: DATASUS/SIH.

Nedel et al (2010) aponta uma associação entre o risco de hospitalizações por Condições Sensíveis AP e a estrutura, processo e desempenho dos serviços de atenção básica, afirma ainda que consultas preventivas (esporádicas ou não), imunização e consultas de puericultura em dia foram associadas em vários estudos ao menor risco destas internações.

O gráfico 3 representa a análise das frequências das ICSAP durante os anos de 2008 a 2013. Os três grupos de causas: Gastroenterites Infecciosas e complicações (18%), Doenças pulmonares (15%) e Insuficiência cardíaca (15,3%), apresentaram as maiores incidências em todos os seis anos. Em 2008, as gastroenterites infecciosas e complicações eram o grupo de causa de internação mais incidente, porém, esta frequência decresceu continuamente até 2013, mas ainda se mantendo elevada comparando-se as demais causas de internação. As doenças pulmonares em 2008 representavam a segunda causa mais incidente, houve uma queda na frequência, contudo ela se apresentou a mais frequente em 2013. A insuficiência cardíaca foi a terceira causa mais incidente em 2008 apresentou crescimento até 2010 e diminuiu a frequência, representando a segunda ICSAP mais incidente em 2013.

Gráfico 3 - Internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo causas mais prevalente entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015



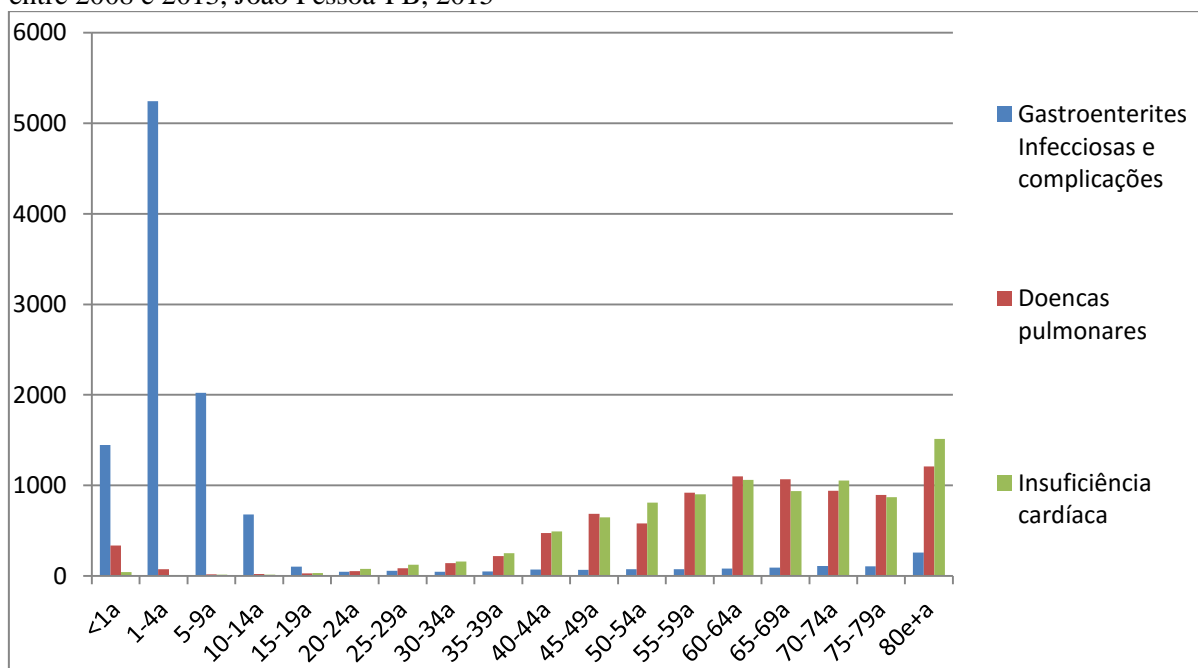
Fonte: DATASUS/SIH.

Houve decréscimo destas ICSAP, entretanto, elas ainda mantiveram-se elevadas, somando 48% de todas as internações sensíveis à APS entre 2008 e 2013, o que alerta para a dificuldade em prestar atendimento eficaz e oportuno a estes grupos de causa na Atenção Primária do Município, visto que, os serviços deveriam evitar que estas doenças

necessitassem de atendimento especializado e de alto custo. Para Ferreira et al, (2014), a ocorrência dessas internações aponta para a necessidade de um olhar mais atento da gestão da rede de atenção primária, na perspectiva de adequá-la às necessidades da população, sendo essas, definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde do município.

O gráfico 4 representa a prevalência por faixa etária, das ICSAP mais frequentes nos anos de 2008 a 2013. Observa-se que o maior número de internações ocorre entre os mais jovens e os mais velhos, nos extremos de idade. Nas gastroenterites infecciosas e complicações, as internações hospitalares foram mais frequentes nos primeiros anos de vida até o início da adolescência, voltando a aumentar após os 65 anos. As doenças Pulmonares e Insuficiência cardíaca apresentaram semelhança nas faixas etárias com maior número de internação, representadas por pessoas a cima de 55 anos com aumento significativo em idosos.

Gráfico 4 - Internações por condições sensíveis à atenção primária por causas mais incidente e idade, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015



Fonte: DATASUS/SIH.

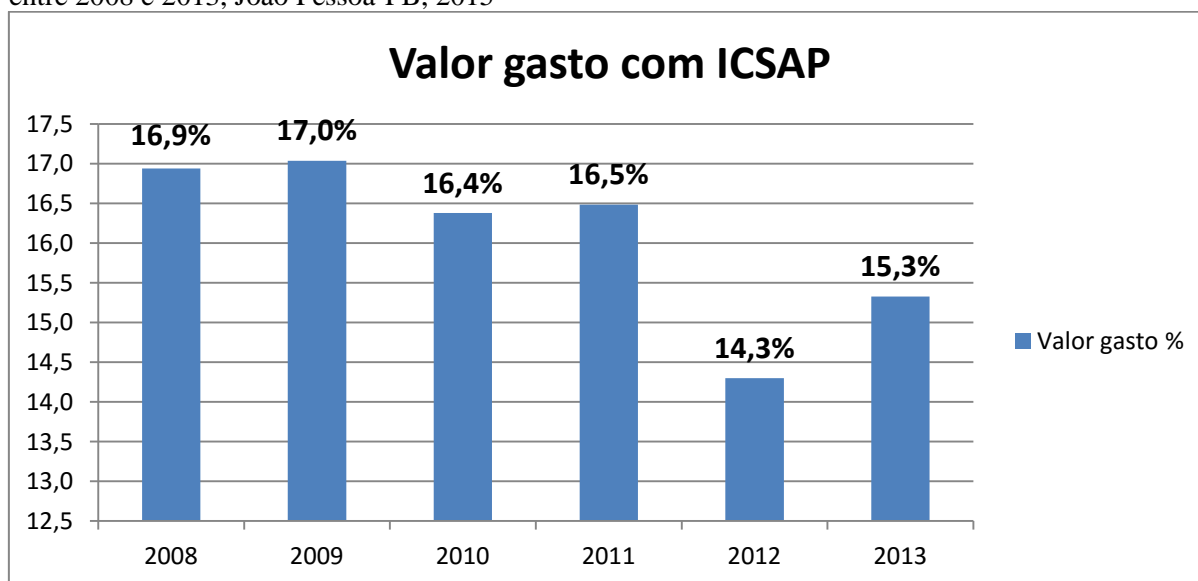
Corroborando com Rehem et al (2012), em seu estudo, as taxas de hospitalização por ICSAP são mais frequentes nos extremos de idade, ou seja, as maiores incidências são em crianças e idosos. Estas internações por gastroenterites infecciosas e complicações podem ser justificadas em função das crianças e idosos possuírem menos defesas contra determinadas enfermidades e desidratarem mais rápido, assim, deve ser avaliada a necessidade de ações

intersetoriais na APS, como a averiguação de possíveis relações entre a situação do tratamento da água e do esgoto no território e os agravos neles encontrados (FERREIRA, et al., 2014). De acordo com Rehem et al (2013), as doenças pulmonares e Insuficiência cardíaca podem ser decorrentes de mudança do padrão de adoecimento, com base no envelhecimento da população, sendo consequência da ampliação na expectativa de vida, proveniente das transições epidemiológica e demográfica.

Outra possível explicação para a maior incidência destas ICSAP nos extremos de idade pode ser o fato da população idosa e de crianças terem menos acesso aos serviços de APS devido ao elevado grau de dependência de responsável ou acompanhante, por dificuldades relacionadas a transporte, falta de condições físicas para se locomover até as unidades, principalmente idosos, dentre outras situações, com o agravamento do estado de saúde, é necessário o atendimento hospitalar (REHEM, et. al., 2013).

O gráfico 5 representa o valor gasto com Internações sensíveis às ações da Atenção Primária nos seis anos analisados. Destacamos que este valor, tem como base o custo total dos serviços hospitalares e o valor total gasto com as ICSAP por ano. Assim, é possível observar que entre os seis anos, foi gasto em média, 16% do total de despesas a nível hospitalar (R\$ 277.001.175,00). Assim, durante os seis anos analisados foram gastos R\$ 44.381.965,00 com internações que poderiam ser evitadas. Este montante poderia ter sido empregado em áreas da saúde mais necessitadas de investimento.

Gráfico 5 - Internações Sensíveis à Atenção Primária segundo Gastos hospitalares em porcentagem, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015



Fonte: DATASUS/SIH.

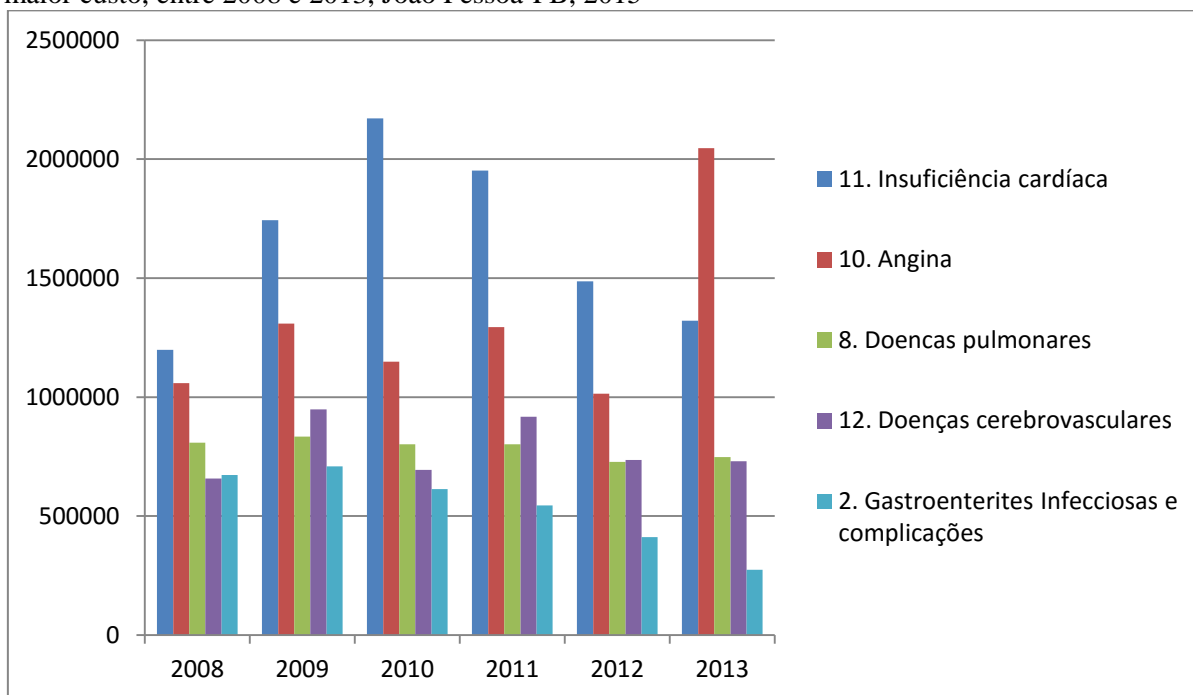
Em um estudo realizado por Ferreira et al, (2014) os gastos com ICSAP foram de 17% em uma região de São Paulo, assim, deve ser considerado o fato de que as ICSAP podem refletir em uma desorganização da oferta, da resolubilidade e do acesso à APS, onde a prevenção e o controle dessas doenças têm relação direta com o desempenho dos serviços de atenção primária e a gestão dos investimentos na saúde.

Dessa forma, deve ser realizado um olhar baseado em estudos criteriosos para o melhor uso dos recursos disponíveis na rede de saúde e ao dimensionamento de seus vazios assistenciais, para que os investimentos sejam mais eficientes, auxiliando, por consequência, a diminuição das ICSAP (FERREIRA et al, 2014).

O gráfico 6 representa as cinco causas de internações que oneraram mais gastos ao município de João pessoa em todos os seis anos analisados. As internações por insuficiência cardíaca causaram maiores gastos aos cofres públicos de 2008 a 2012, ficando em segundo lugar em 2013. A angina esteve em segundo lugar, entre 2008 e 2012, ficou em primeiro em 2013, apresentando o dobro de gastos se comparado aos dados de 2012. As doenças pulmonares representaram a terceira causa de internação, seguidas de doenças cerebrovasculares e gastroenterites infecciosas e complicações.

È possível perceber que as três ICSAP mais frequentes, ficaram também, entre as cinco causas de internações que necessitaram de maiores investimentos, incluindo a estas, a angina e doenças cérebro vasculares que, em muitos casos, precisam de procedimentos hospitalares de alto custo devido ao uso de equipamentos, insumos médicos e hospitalares especializados.

Gráfico 6 - Internações por condições sensíveis à atenção primárias segundo grupos de causa com maior custo, entre 2008 e 2013, João Pessoa-PB, 2015



Fonte: DATASUS/SIH.

A insuficiência cardíaca foi responsável por cerca de 22% dos gastos com ICSAP, a angina por cerca de 18%, as doenças pulmonares e doenças cérebro vasculares por cerca de 11% cada uma, as gastroenterites infecciosas por 7%, dessa forma, o somatório destas doenças são responsáveis por 68% dos gastos com ICSAP no município de João Pessoa.

Diante do exposto, é imperioso ressaltar que, devem ser realizadas melhorias essenciais na APS, com investimentos financeiros e estruturais e em seus atributos principais, como a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção, a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, a coordenação efetiva do cuidado, a consideração do indivíduo, da família e comunidade e o estabelecimento de vínculos entre os serviços e a população, com a responsabilização do cuidado pela equipe, estas características poderiam colaborar na diminuição da ocorrência das ICSAP (FEREIRA, et al 2014).

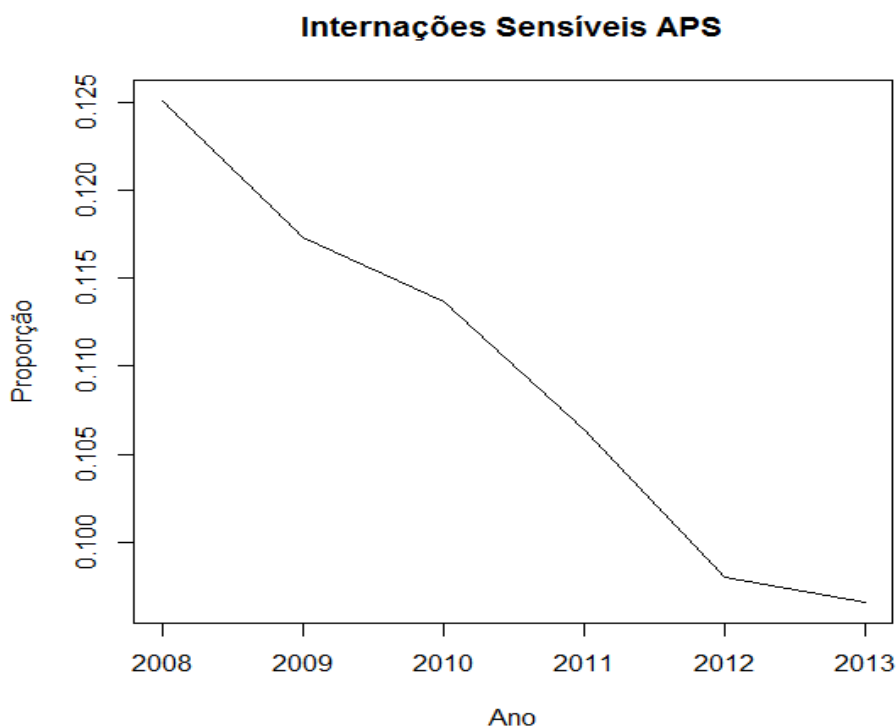
5.1.2 Testes de hipóteses

Com o intuito de verificar se as Internações associadas às ICSAP eram proporcionalmente iguais durante o período de 2008 a 2013, utilizamos o Teste de igualdade de proporções que apresentou o p-valor $2,2 \times 10^{-16}$, sendo possível afirmar que houve diferença na proporção de ICSAP durante o período em questão, dessa forma, rejeitou-se H_0 .

Para analisar se houve tendência na proporção de internações no mesmo período, foi realizado o Teste de Tendência de Proporções que obteve p-valor igual a $2,2 \times 10^{-16}$, sendo possível afirmar que a proporção de internações associadas à ICSAP apresentou tendência no período de 2008 a 2013.

A figura 3 ilustra a evolução no número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em João Pessoa no período de 2008 a 2013. A figura sugere uma tendência decrescente das proporções de ICSAP, o que é comprovado através das proporções entre os anos de 2008 com 12,5%, 2009 com 11,7%, 2010 com 11,3%, 2011 com 10,6%, 2012 com 9,8% e 2013 com proporção de ICSAP de 9,6%. Estas proporções possuem como parâmetro o número total de internações hospitalares realizadas no município de João Pessoa durante cada ano, sendo possível afirmar que, entre 2008 e 2013 houve uma redução de cerca de 3 pontos percentuais das ICSAP no município.

Figura 3 - Tendência na proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em João Pessoa, Paraíba, no período de 2008 a 2013



Fonte: DATASUS/SIH/2014

De acordo com Dourado, et. al., (2011), entre 1999 e 2007 houve uma redução de 24% do perfil de ICSAP atendidas pelo Sistema Único de Saúde, nessa perspectiva é possível afirmar que houve uma queda 2,5 vezes maior se comparada à redução de outras condições que não são sensíveis a APS. Os autores prosseguem afirmando que essa redução está diretamente ligada à disponibilidade e ampliação da Estratégia de Saúde da Família no país.

Estudos sobre as ICSAP indicam que elas podem ser evitadas ou diminuídas por ações próprias da APS, como a imunização, doenças que permitam diagnósticos e tratamento precoce, doenças crônicas onde o acompanhamento de qualidade do usuário evita complicações e reincidências de internações (JUNQUEIRA, DUARTE, 2012; BOING, et. al., 2012). Embora a tendência de ICSAP no município de João Pessoa entre o período de 2008 a 2013 tenha sido decrescente, nem todos os grupos apresentaram esta tendência, conforme apresenta o quadro 4 a seguir.

Quadro 04 - Resultados do Teste de Proporção e de Tendência e tipos de tendência nos grupos de ICSAP

GRUPO ICSAP	Teste Proporção (p-valor)	Teste Tendência (p-valor)	Tipo de Tendência
1. Doenças preveníveis por imunização /condições sensíveis	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Crescente
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Decrescente
3. Anemia	$3,52 \times 10^{-5}$	0,8309	Não houve Tendência
4. Deficiências nutricionais	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Crescente
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	$2,19 \times 10^{-10}$	$7,76 \times 10^{-6}$	Crescente
6. Pneumonias bacterianas	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Decrescente
7. Asma	$1,29 \times 10^{-16}$	$1,23 \times 10^{-10}$	Decrescente
8. Doenças pulmonares	0,0004	$3,77 \times 10^{-6}$	Decrescente
9. Hipertensão	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Decrescente
10. Angina	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Crescente
11. Insuficiência cardíaca	$2,2 \times 10^{-16}$	0,0006	Decrescente
12. Doenças cerebrovasculares	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Decrescente
13. Diabetes Mellitus	$8,56 \times 10^{-11}$	$3,708 \times 10^{-5}$	Decrescente
14. Epilepsias	0,2719	Não houve Tendência	Não houve Tendência
15. Infecção no rim e trato urinário	0,0031	0,0005	Decrescente
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Crescente
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,2 \times 10^{-16}$	Crescente
18. Úlcera gastrointestinal	0,0105	0,4912	Não Houve Tendência
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	$2,2 \times 10^{-16}$	$2,582 \times 10^{-16}$	Crescente

Fonte: DATASUS/SIH/2014

Para verificar se houve diferença na proporção de internações associadas às ICSAP entre os anos de 2008 a 2013, para cada um dos 19 grupos de causas de internação hospitalar foi realizado o Teste de Proporção e avaliados os p-valores, os grupos que apresentaram p-valor significativo $<0,05$, ou seja, que apresentaram diferença de proporções foram submetidos ao Teste de Tendência.

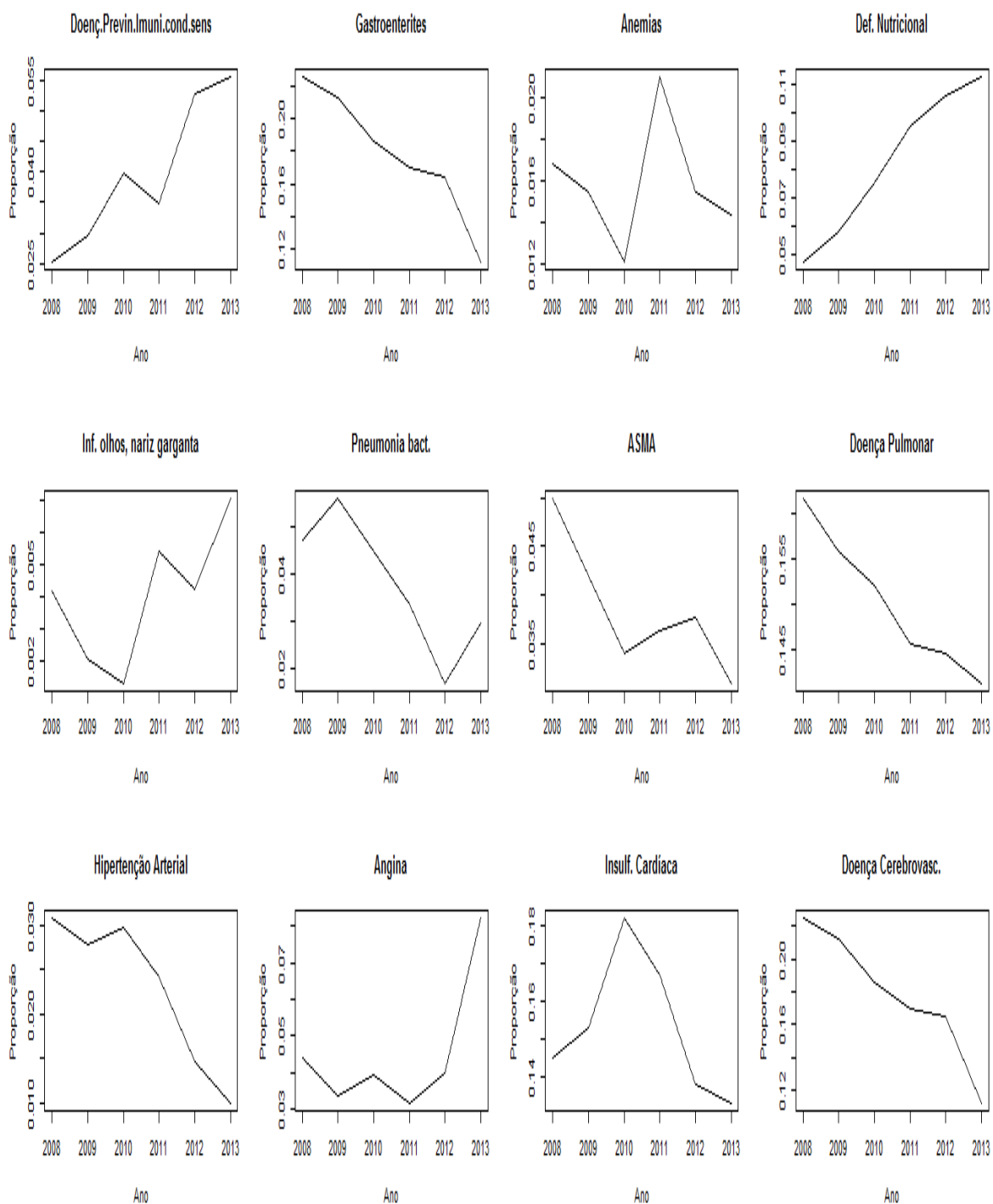
Após a realização do Teste de Proporções, constatou-se que apenas o grupo das causas de internações por Epilepsia aceitou H_0 com p-valor (0,2719), ou seja, o grupo se manteve estável durante os seis anos.

Foi realizado o Teste de Tendência nos 18 grupos que apresentaram diferença de proporções. Após a realização deste teste, apenas dois grupos não apresentaram tendência, foram o de internações por Anemias e Úlcera Gastrointestinal (Quadro 04), aceitando a hipótese H_0 com os p-valores (0,8309) e (0,4912) respectivamente. Diante do exposto, é válido afirmar que houve diferença de proporções nas internações causadas por esses grupos de internações, contudo, não houve uma tendência crescente ou decrescente conforme aponta o teste.

O quadro 04 também apresenta o tipo de tendência que cada um dos grupos de causas de internações seguiu durante o período estudado, dessa forma, os grupos que apresentaram tendência crescente serão descritos neste estudo, visto que, a tendência de ICSAP no geral, foi decrescente, e a análise destes grupos pode auxiliar na tomada de decisão dos gestores municipais, no intuito de potencializar ações de saúde com foco direto nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença destes grupos.

Dos 19 grupos de internações analisados, sete apresentaram tendência crescente dos casos, ou seja, cerca de 37% dos grupos apresentaram crescimento ao avaliar o período de 2008 a 2013. O primeiro grupo que apresentou tendência crescente foi o de Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, este grupo apresentou aumento crescente de 2008 a 2010, reduziu os casos em 2011 e voltou a crescer em 2012 se mantendo praticamente estável em 2013. O segundo grupo foi o de internações por Deficiências Nutricionais que apresentou crescimento de 2008 a 2013. O terceiro grupo foi Inflamação nos Ouvidos, Nariz e Garganta, este grupo apresentou redução de 2008 a 2010, contudo, a partir deste ano manteve-se crescente até 2013. O quarto grupo representa as internações por Angina, os dados apontam uma oscilação das internações entre 2008 e 2011, a partir de então, os números cresceram e em 2013 apresentou números alarmantes, mais do que o dobro dos casos ocorridos em 2011, conforme apresenta a figura 4.

Figura 4 - Tendência identificada na proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em João Pessoa, Paraíba, por grupo de causas no período de 2008 a 2013



Fonte: DATASUS/SIH/2014

A tendência crescente nas internações relacionadas à imunização e condições preveníveis, pode estar relacionado à falta de insumos, falhas nas coberturas de unidades de saúde da família e campanhas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde, como também baixa cobertura de Agentes comunitários de Saúde e resistência de algumas pessoas a

vacinação. Apenas um estudo dentre os analisados, referiu que as internações por causas relacionadas às imunizações foram significativas (BOING, et. al., 2012).

O município de João Pessoa apresentou uma tendência crescente de internações relacionadas a deficiências nutricionais que envolvem Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico-calórica. Assim, este ainda é um problema que afeta diretamente a saúde da população do município, visto que, a tendência se mantém crescente, contudo, este fato não foi compatível com estudos realizados em outras regiões do país, pois esta causa não foi apresentada como importante ou crescente (REHEM, et. al., 2013; JUNQUEIRA, DUARTE, 2012; FERREIRA, et. al., 2014). Em relação aos estudos, que não apresentaram esta causa como importante, pode está relacionado a programas governamentais de incentivo a renda e a boa alimentação com o Bolsa Família.

Outros grupos de internações que apresentaram tendências crescentes foram as de Infecções dos ouvidos, nariz e garganta e de Pele e tecidos subcutâneos. Estas inflamações estão ligadas a hábitos e condições de higiene, de forma que uma atenção primária voltada a atividades de promoção e prevenção em saúde teria maior chance de reduzir esta tendência.

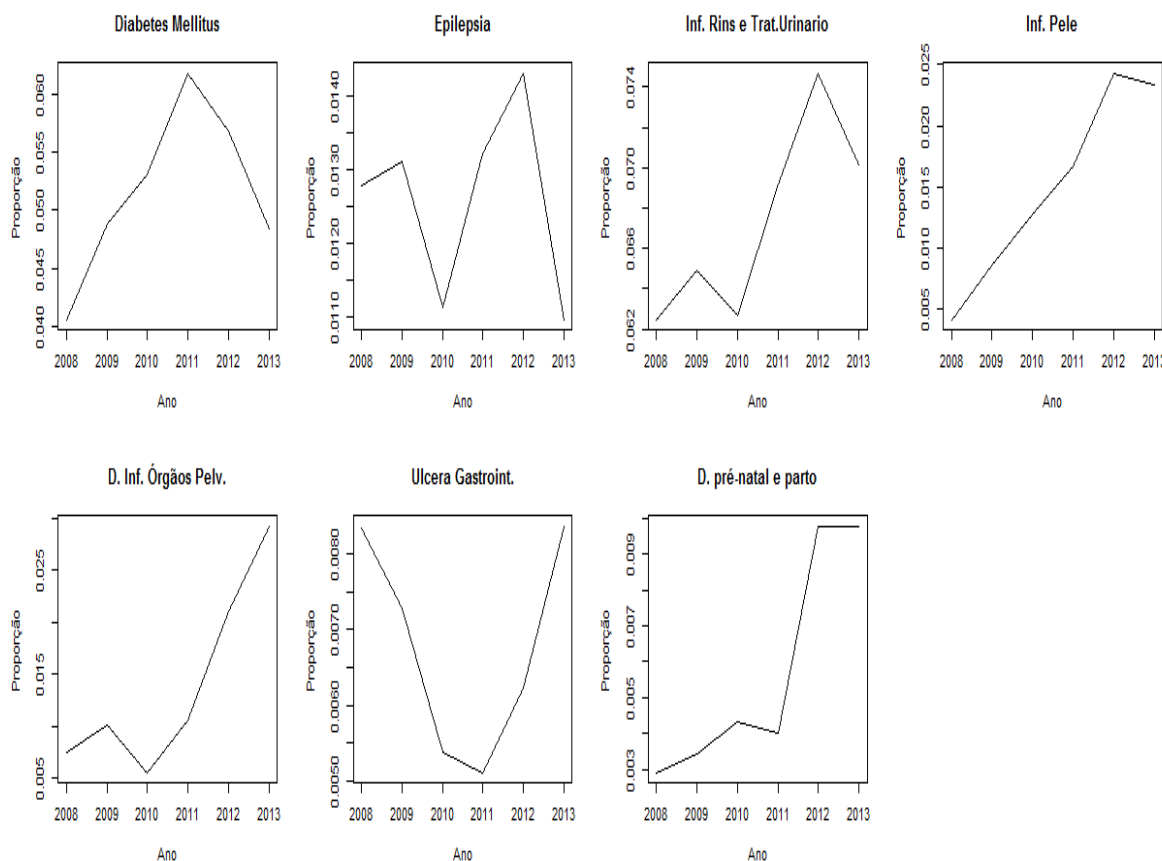
Dado que não existem estudos disponíveis sobre a realidade do município de João Pessoa, números equivalentes foram apresentados por Rehem e Egrey (2011), e revela aumento no grupo de ICSAP infecções dos ouvidos, nariz e garganta, seguindo a mesma tendência crescente do estudo hora realizado. No tocante as internações por infecção de pele e tecido subcutâneos, dois estudos apresentados por Junqueira e Duarte (2012) e Rehem e Egry (2011), também exibiram aumento na taxa de internações por grupo.

A angina apresentou tendência crescente e números alarmantes no ano de 2013 em João Pessoa, a prevenção e o controle dessa doença têm relação direta com o desempenho do cuidado ofertado pelos serviços de atenção primária. A magnitude da ocorrência desse tipo de internação, indica a primordial necessidade de um olhar mais atento à qualidade da assistência e gestão da rede de atenção primária (FERREIRA, et. al., 2014), outro estudo realizado na grande São Paulo aponta que dez dos 17 departamentos regionais de saúde apresentaram aumento do número de internações relacionadas à Angina (REHEM, EGRY, 2011).

O quinto grupo de ICSAP que apresentou tendência crescente foi o de Infecções da pele e tecido subcutâneo, este grupo apresentou crescimento continuo até 2012 e discreta redução em 2013. O sexto grupo são as Doenças Inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos, este grupo apresentou oscilação entre 2008 e 2010 e a partir de 2011 apresentou números crescentes de internações por estas causas. O sétimo e último grupo com tendência crescente de internações foi o de Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, apresentando aumento

alarmante entre 2011 e 2012, mantendo números elevados em 2013, onde estão contidas as infecções do trato urinário na gravidez, sífilis congênita e síndrome da rubéola congênita, estas causas não estão diretamente ligadas ao parto, pois esse não se caracteriza uma doença, mais sim o curso normal de uma gestação, conforme apresenta figura 5.

Figura 5 - Tendência identificada na proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em João Pessoa, Paraíba, por grupo de causas no período de 2008 a 2013



Fonte: DATASUS/SIH/2014

As Doenças Inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos é um grupo formado por doenças como a Salpingite e ooforite, doença inflamatória do útero exceto o colo, outras doenças inflamatórias pélvicas femininas, doenças da glândula de Bartholin, afecções inflamatórias da vagina e da vulva, estas internações podem estar associadas à falta de vínculo com as Unidades de Saúde da Família e ainda a não realização do exame citopatológico, por mais que este exame esteja diretamente relacionado à prevenção do colo do útero, permite ao profissional de saúde examinar órgãos pélvicos, realizar educação em saúde e aumentar os laços de confiança com as usuárias. Apenas um estudo apontou aumento das internações por este grupo de doenças (REHEM, EGRY, 2011).

Em concordância com o presente estudo, outras pesquisas realizadas no Brasil também apresentaram crescimento no número de internações por causas relacionadas ao pré-natal e parto (REHEM, CIOSAK, EGRY, 2012; REHEM, EGRY, 2011). Este fato pode estar diretamente relacionado ao número de consultas e a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal e parto. O município de João Pessoa fornece assistência ao pré-natal nas 181 USF, contudo este fato não está sendo suficiente para diminuir a tendência crescente das internações relacionadas a este grupo de causas.

Para avaliar a Atenção Primária deve-se observar a organização do sistema de saúde como um todo, visto que se a APS não possuir função de ordenadora do cuidado, e sim de porta de entrada seletiva, esse nível de atenção não proporcionará condições para reduzir ou evitar as ICSAP. Contudo, a APS não deverá ser responsabilizada por isto, pois a organização da rede de saúde depende da tomada de decisão dos gestores, e a avaliação desse nível de atenção, será de grande importância na perspectiva de sinalizar as fragilidades do sistema e apontar as situações que precisam de intervenção (REHEM, et. al., 2013).

Neste estudo, foi possível avaliar uma tendência decrescente na proporção de ICSAP no município de João Pessoa entre os anos de 2008 e 2013, estes dados apenas reforçam o aumento do acesso à APS no país. Entretanto, somente com os dados qualitativos, será possível afirmar se a tomada de decisão realizada pelos gestores está potencializando o acesso e a qualidade dos serviços prestados pela APS e consequentemente melhorando o funcionamento da rede de cuidados do município.

5.2 DADOS QUALITATIVOS

O material empírico desta pesquisa, obtido a partir abordagem qualitativa dos dados foi analisado pela técnica da Análise de Discurso proposta por Fiorin e Savioli (1999). Segundo esses autores, a técnica é indicada nas pesquisas qualitativas por possibilitar o relacionamento dos materiais que envolvem juízos e valores sobre os fenômenos vivenciados.

Para o desenvolvimento da análise que se segue, o material empírico foi relacionado à literatura pertinente e reverberou a posição social dos sujeitos respondentes em relação aos subtemas extraídos dos discursos. A identificação e análise dos subtemas pela técnica da Análise de Discurso resultaram na obtenção da seguinte categoria empírica: *Planejamento em gestão: dos gestos às práticas que revelam as fragilidades do sistema.*

5.2.1 - Planejamento em gestão: dos gestos às práticas que revelam as fragilidades do sistema

Foram entrevistados cinco gestores dos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB, responsáveis pelo processo de planejamento das ações de saúde do município. Da população tomada para estudo, a idade variou entre 26 e 45 anos. Quanto à formação acadêmica verificou-se a ocorrência de três profissões (Enfermagem, Psicologia e Educação Física). Quanto ao tempo de formação, todos eram graduados a mais de três anos, sendo que, quatro referiram possuir pós-graduação. A busca de informações sobre o tempo de atuação no cargo de gestor revelou que, todos atuavam a mais de um ano em seus respectivos cargos gerenciais.

Na análise dos dados que compuseram o perfil dos entrevistados nos chamou atenção à diversidade de formações e o pouco tempo de experiência informado pela população em relação ao exercício em uma posição gerencial de tamanha magnitude, além da própria diversidade de formações acadêmicas, algumas das quais, com pouca tradição na área de preparação para as atividades de planejamento administrativo. Tais revelações resultaram em preocupação, mediante o conhecimento de que, nenhum deles recebeu qualquer tipo de treinamento ou educação permanente, tendo sido passado que os conhecimentos relativos ao exercício do cargo viriam com a prática corrente.

No discurso a seguir é possível observar que o planejamento para prevenção das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária não faz parte das atividades desenvolvidas por gestores, e as demandas são resolvidas à medida que se apresentam circunstancialmente:

“Não começou a discussão aqui não, a questão é o dia a dia mesmo, a gente até não parou para fazer o planejamento(...)”G2
“(...)a gente não tem de fato um planejamento que foi feito, pensado, realizado, existe uma discussão, mas sentar assim para o planejamento ainda não.”G2

No âmbito da saúde é imprescindível que exista o planejamento, visto que os objetivos são complexos, as incertezas estão presentes, as situações são dinâmicas e, tudo está em constante transformação. Acrescenta-se a estas circunstâncias, o fato dos gestores da saúde lidar com vidas humanas, nesse sentido, a não realização do planejamento ou a ocorrência de falhas nesse processo, pode resultar em adoecimentos, incapacidades e até mesmo mortes (PAIM, 2006).

Para Teixeira (2010) o planejamento é um método de racionalização das ações no intuito de definir objetivos conforme as diversas realidades e construção de sua viabilidade, na perspectiva de solucionar problemas e atender as necessidades individuais e coletivas. A autora prossegue afirmando que, esta prática deve ser flexível para permitir sua realização tendo em vista as distintas situações enfrentadas no dia-a-dia de trabalho e demandas do próprio processo que é muito diversificado nas instituições gestoras do SUS.

O ato de planejar consiste em delinear, executar e avaliar propostas para o desenvolvimento de ações, na perspectiva de intervir em situações da realidade. O planejamento pode ser entendido como um mecanismo racional das ações desenvolvidas pelos seres humanos. São realizadas por atores sociais, tendo como base a modificação ou a manutenção de uma situação definida (VILASBÔAS, 2004).

Assim, o ato de planejar no âmbito da saúde, deve ser um processo permanente, no intuito de facilitar a direção das ações, a correção de rumos e o enfrentamento de imprevistos. O planejamento pode ser compreendido como uma prática social que, ao mesmo tempo em que é técnica, é também, política, econômica e ideológica. É um procedimento de modificação de uma situação em outra, um forte aliado do gestor, uma vez que disponibiliza ferramentas e tecnologias importantes para a identificação dos problemas e definição de intervenções eficientes e eficazes (PAIM, 2006).

Assim, é possível perceber que existe algo parecido com um processo de invisibilidade do planejamento no tocante a gestão das ICSAP. O planejamento é um processo importante e deve ser realizado de forma continua pelos gestores, visto que, auxilia na definição dos problemas e das ações de saúde mais acertadas, subsidiando a avaliação continua das condutas realizadas.

Apesar da falta de um processo de planejamento mais formal e continuo, os gestores dos Distritos Sanitários compreendem e reverberam seu entendimento sobre planejamento das ICSAP, além de como ele é desenvolvido nos territórios sobre sua responsabilidade. Os depoimentos a seguir confirmam esse achado.

“planejamento é trabalhar dentro da equipe. o planejamento basicamente é feito pela equipe, de acordo com a necessidade do usuário, da família, levando em consideração todo esse contexto”. G3

“o planejamento a gente trabalha com prevenção - o objetivo maior da atenção básica - prevenção e promoção, e todas as ações realizadas pela saúde da família visam prevenir as internações(...)” G4

“o planejamento é sempre com o apoio matricial, a gente sempre tá incentivando a questão do cuidado para eles matriciarem isso nas equipes, para as equipes terem o maior cuidado com relação aos pacientes...” G5

“o planejamento como na grande maioria das unidades de saúde da família, se dá através, não só das demandas programáticas que são feitos os acompanhamentos, pré-natal, puericultura, enfim todos os programas, bem como, visitas domiciliares dos agentes de saúde, enfim o trabalho em equipe...” G1

O número de desafios que devem ser enfrentados pelos gestores é quase incontável, visto que são eles os responsáveis pelas decisões e desenvolvimento das ações de saúde. Dessa forma, o planejamento é essencial para auxiliar os gestores na tomada de decisão inerente a esse processo complexo e dinâmico (BERRETA; LACERDA; CALVO, 2011).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), é imperioso contar com um método de planejamento para que seja possível o entendimento e o compartilhamento de uma mesma ideia (conceitos, instrumentos), visando à participação de todos os envolvidos no processo de trabalho. A não existência de um método, praticamente, inviabiliza organizações complexas, como as da saúde.

Para Paim (2006), o plano, o programa e o projeto são instrumentos do planejamento para criar, programar e avaliar as ações desenvolvidas na saúde. O *Plano* é um produto de negociações, que diz respeito ao que deve ser feito, com base em objetivos e ações, expressando uma política que nunca está acabada, mas sempre em construção. O *Programa* estabelece objetivos, atividades e recursos de maneira mais permanente, representando detalhamento de um plano ou definindo, com mais precisão, o que deve ser feito, de que forma, quem será responsável, com que elementos e as formas de organização, acompanhamento e avaliação. Por sua vez, o *Projeto*, é o desenvolvimento de um plano ou programa, para tornar viáveis seus componentes cujos objetivos, atividades e recursos, tenham finalidade e tempo mais reduzidos.

Dessa forma, planejar deve ser um processo permanente e constituir-se parte do processo cotidiano dos gestores, no intuito de direcionar as ações adotadas, auxiliar a enfrentar imprevistos, corrigir possíveis distorções e fracassos, buscando sempre alcançar os objetivos traçados (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

A gestão em saúde oferece diversos desafios aos que tomam decisões, e o planejamento exige que deliberações difíceis sejam tomadas para a realização de ações qualificadas e efetivas. Assim, deve-se fazer uso de instrumentos, de forma contínua e com a participação de trabalhadores e usuários, para auxiliar os gestores na tomada de decisão sistemática e baseada em evidências.

Nos depoimentos a seguir, os gestores fazem apologia aos processos de participação popular e associam o sucesso do planejamento a estas participações.

“(...) aproximar mais o usuário da rede, conscientizar mais usuários em relação aos fluxos que tem que ser seguido, da sua responsabilidade enquanto construtor do SUS, pois, todo mundo é corresponsável por sua saúde (...)”G3

“(...) quando o usuário, ele não se torna responsável por aquilo, não adianta a gente tentar (...)”G2

“(...) fazer com que o usuário seja coparticipe, seja corresponsável, dessas atividades, fazendo aquilo que foi orientado (...)”G4

O planejamento precisa ser pensando antes, durante e depois da ação, isso envolve raciocínio que precede e preside as ações de saúde, não sendo apenas um ato técnico ou político e muito menos único. O planejamento deve considerar diferentes pontos de vista, assim como diferentes saberes e ações, contando com bases técnicas e científicas de quem está próximo à realidade (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Para Paim (2006) quando os instrumentos do planejamento são elaborados com a participação de todos os interessados e, quando é possível obter seu empenho para o desenvolvimento das ações, ocorre uma maior chance na consecução dos objetivos traçados. Portanto, o planejamento deve ser realizado de maneira pactuada entre os gestores do SUS em cogestão com a população. A identificação dos problemas de saúde e a discussão dos meios para superá-los levam as pessoas a desenvolverem consciência sanitária, e este fato, incentiva a mobilização política dos interessados pela saúde.

Berretta, Lacerda e Calvo (2011) asseveram que a participação popular, constitui um dos principais ganhos aferidos pelo SUS, e que essa conquista é essencial para o compartilhamento de responsabilidades entre profissionais, gestores e usuários do sistema. O controle social qualifica a gestão e promove subsídios para a continuidade das atividades de planejamento.

A participação de gestores, profissionais e usuários é imprescindível para a realização do planejamento no âmbito da saúde, visto que, dessa forma é possível analisar os diversos conhecimentos advindos das classes envolvidas e assim tomar decisões com base em todas vertentes apresentadas, objetivando atingir as metas por meio das ações de saúde mais adequadas a todas as realidades.

Por outro lado, também fica evidente que, em algum momento, os gestores constatarem que a participação popular deixa de ser colaborativa e passa a ser cobradora de ações resolutivas, deixando claro, que a responsabilidade pela saúde individual é também dos usuários do sistema. Os depoimentos a seguir confirmam essa evidência.

“(...) muitos dizem assim, “eu tenho direito, eu tenho direito”, mas a comunidade também é corresponsável, ela tem sua participação (...)”G3

“(...) a grande questão é a responsabilização. O usuário hoje em dia só vai à unidade quando precisa renovar a receita não tem aquele cuidado continuo (...)”G2

A prática do planejamento deve levar em conta, tanto as diversas situações de saúde, como também, seus determinantes e condicionantes sociais, considerando a indissociabilidade entre saúde e meio social. O planejamento analisa o comportamento dos atores sociais e as relações de poder, compreendendo que é necessária a formação de sujeitos sociais envolvidos no desenvolvimento de ações políticas em saúde (TESTA, 1995).

Cada ator social tem uma capacidade diferente de agir sobre uma determinada situação, e este envolvimento, determina as possibilidades de sucesso de uma ação. Dessa forma, apenas a elaboração de um conjunto de ações e metas não é suficiente para que os objetivos sejam alcançados, faz-se necessário também à construção da viabilidade das ações, considerando as necessidades, capacidades e engajamento de todos os atores envolvidos na execução das ações (VILASBÔAS, 2004).

Segundo Teixeira (2010) para uma atuação de forma planejada sobre qualquer situação real é necessário esforço de entendimento entre os diversos atores sociais envolvidos e, deve ser apresentada e discutida a atual conjuntura, no propósito de unir forças para intervir sobre os problemas, de modo a resolvê-los ou controlá-los.

Dessa forma, deve ser fomentada a responsabilização partilhada entre gestores, trabalhadores e usuários para a prática de gerir e cuidar. No âmbito da saúde, o trabalho de planejamento não está implícito apenas em desenvolver ações estratégicas, mas também, na produção da autonomia de sujeitos, tendo em vista, as diferentes realidades sociais, sejam elas, econômicas, políticas, institucionais e/ou culturais (BRASIL, 2013b).

Os sujeitos se tornam responsáveis pela gestão do cuidado no intuito de produzir autonomia, protagonismo e corresponsabilidade entre os diversos atores envolvidos. Pensar os atores como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos processos que fazem parte, ou seja, como corresponsáveis pela produção de si e do local em que vivem, para tanto é necessário o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2013b).

Vale salientar que, o SUS possui mecanismos para a produção de cidadania, envolvendo e responsabilizando a população na condução das políticas de saúde, este fato, deve ser implantado, com auxílio dos gestores por meio de instrumentos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos

profissionais da saúde e usuários, no intuito de fortalecer as redes de atenção no processo de produção da saúde.

Atuar na rede de atenção à saúde enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado é uma das principais funções da Atenção Primária à Saúde (APS). No relato dos gestores é possível perceber que existem fragilidades no âmbito da APS que podem levar a busca por internações evitáveis, fato que causa sobrecarga hospitalar, escassez dos leitos e tensão na comunicação entre os serviços integrantes da rede de atenção à saúde, conforme declinam os depoimentos a seguir:

“Existe a fragilidade do sistema, existe, que a gente sabe que é a realidade (...)” G2

“A gente precisa melhorar no abastecimento dessas unidades de saúde, nos insumos, acho que se a gente conseguisse, manter as unidades com o que elas necessita, elas fariam esse trabalho preventivo e de promoção da saúde (...)” G4

“(...) a gente sabe que tem que buscar melhorar a oferta de serviços, a gente sabe que tem que buscar melhorar a oferta especificamente de serviços de exames, para um acompanhamento mais conciso (...)” G3

“A gente sabe que existe uma dificuldade de vagas de leitos disponíveis e tudo mais (...)” G2

“(...) a gente tem dificuldade em relação à contra referência, é falha, ainda não existe, para que o acompanhamento seja mais fidedigno de fato, por que às vezes, ai joga atenção especializada, ai culpa a atenção básica, ai fica nesse joguinho de quem é realmente a culpa (...)” G2

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) se caracterizam pela organização dos serviços com centralização na APS, visto que este serviço tem seu foco nas necessidades de saúde da população e atuam com atenção integral e contínua; cuidado multiprofissional; foco em objetivos e compromissos para melhoria dos resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

Para Fleury e Ouverney (2007), RAS são serviços de saúde organizados de forma poliárquica, tendo objetivos comuns, vinculados entre si, para ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, tendo a Atenção Primária como coordenadora e principal porta de entrada na rede. As ações de saúde da APS devem ser prestadas com alto padrão de qualidade, equidade, integralidade e de forma oportuna, evitando o acesso desnecessário aos demais serviços da rede.

De acordo com o Ministério da Saúde, as RAS são arranjos na disposição dos diversos serviços instituídos pelo SUS, tendo como base os níveis de atenção à saúde e suas densidades tecnológicas, na perspectiva de garantir a integralidade do cuidado a cada indivíduo que

utilize a Rede (BRASIL, 2010). Assim, o nível com menor densidade tecnológica é a APS; o de densidade intermediária é a atenção secundária (especializada) e o de maior densidade é a atenção terciária à saúde (hospitalar).

Mendes (2011) afirma que para as redes funcionarem de forma eficaz, ou seja, para prestar assistência à saúde com qualidade e de forma oportuna, ela deve ser alicerçada com os seguintes fundamentos: economia de escala e análise de recursos; avaliação da qualidade da assistência e acesso aos serviços; integração horizontal e vertical entre ações e serviços; processos de substituição; territórios sanitários definidos e ainda os níveis de atenção instituídos.

As RAS podem se apresentar de forma fragmentada ou integrada. Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, hegemônicos, os serviços são organizados através de pontos de atenção à saúde, isolados e com pouca ou nenhuma comunicação com os demais, por este motivo se tornam incapazes de prestar assistência integral e de forma permanente. Assim, nesta organização, a APS não se comunica diretamente com a atenção secundária e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, fazendo muitas vezes, com que os usuários se dispersem na rede e não recebam a assistência necessária. Contudo, nos sistemas integrados de atenção, os serviços são organizados por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

Políticas Públicas que incentivem o acesso equânime aos serviços de saúde e a estruturação do sistema em rede possibilitarão a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nessa perspectiva, a ampliação das Redes de Atenção à Saúde são estratégias para a reestruturação do sistema de saúde, tendo como objetivos melhorar a qualidade e impacto da assistência prestada para garantia dos direitos de cidadania assegurados pela constituição (BRASIL, 2014)

Dessa forma é imprescindível que os serviços de saúde sejam organizados em RAS, e que trabalhem de forma integrada e permanente, articulando os serviços de densidades tecnológicas diferentes, sempre que houver a necessidade de saúde dos usuários e não quando um serviço não prestar assistência de forma adequada e oportuna. Para isso, a comunicação entre os serviços deve ser contínua, utilizando sempre a referencia segura e recebendo a contra referência dos demais serviços da rede.

Nos depoimentos a seguir, os gestores percebem que, em alguns casos, existe a insegurança de alguns profissionais no diagnóstico e tratamento de algumas causas de ICSAP, e que este fato pode levar a encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção à

saúde da rede, contudo, afirmam que trabalham constantemente com a qualificação dos profissionais e, este fato, não deveria se configurar como um problema.

“(...)eu sinto é que há um pouco de fragilidade de conhecer realmente a causa, o diagnóstico, o tratamento, e por conta disso, se torna muitas vezes difícil o acompanhamento desse usuário na atenção primária, por isso que muitas vezes acontece o referenciamento para o serviço de especialidade”.

G1

“(...)em relação à orientação ao profissional, se existir uma insegurança a gente procura capacitar para que evite fazer um novo encaminhamento inseguro(...)” *G1*

“No mais, acho que a gente trás muita capacitação para os profissionais mensalmente e até quinzenalmente (...) eles não podem dizer que estão defasados em nenhuma informação, por que tanto o NASF matricia, quanto a gente também capacita.” *G4*

“Então eu não observo alguma lacuna no sentido de qualificação do profissional, eu acho que ele está qualificado o que às vezes não tem é a contra partida do compromisso”. *G4*

Para Ceccim (2005) as dificuldades em relação à disponibilidade de profissionais estão relacionadas à distribuição desigual dessa população com alta centralização em capitais, centros urbanos e regiões mais desenvolvidas. Outras razões são a superespecialização que eleva os custos do sistema e aumenta a dependência por altas tecnologias e a tendência da formação voltada para o âmbito hospitalar e centrada nas doenças.

Na contramão desse processo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi criada como uma estratégia para realizar mudanças de práticas trabalhistas, buscando a reestruturação das atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam na saúde, objetivando valorizar a atuação crítica, reflexiva, com compromisso e técnica eficiente, respeitando as características de cada território e às necessidades de formação de cada profissional atuante nos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Para Ceccim e Ferla (2009) essa política unifica, articula e chama para discussão diferentes atores, incumbindo-os do protagonismo para a condução de sistemas locais de saúde. Para estes autores, a educação permanente em saúde deve ser compreendida, tanto como, uma prática de ensino-aprendizagem, quanto como uma política de educação para saúde. A Educação Permanente atua na produção de conhecimentos por meio do cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos profissionais. Ela opera com ensino problematizador, instigando a observação da realidade de forma crítica e aprendizagem significativa, utilizando experiências anteriores e vivências dos alunos, ou seja, produz conhecimentos que respondem aos principais questionamentos encontrados na rotina dos

profissionais de saúde. Essa política de educação é impetuosamente contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, que não leva em conta as experiências cotidianas e considera apenas as técnicas, enquanto os alunos (profissionais da saúde) se tornam meros espectadores com a função de absorver o conhecimento repassado.

A área da saúde é muito dinâmica e os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam em grande velocidade, este fato, faz com que a atualização permanente dos trabalhadores se torne muito complexa, assim, é de extrema importância que não apenas os gestores, mas também os profissionais construam hábitos de trabalhar em equipe, aprendendo a aprender, como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

A prática da educação permanente é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, causa reestruturação nos conhecimentos e no exercício profissional, trazendo junto aos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações, justificando a formação contínua dos trabalhadores (CECCIM; FERLA, 2009).

Para Sarreta (2009) maiores investimentos devem ser conferidos a educação em saúde, no intuito de formar trabalhadores inspirados no paradigma da promoção da saúde, que tenham como base as relações humanas, focando a interdisciplinaridade e intersetorialidade, na perspectiva de melhorar a qualidade da assistência prestada, de modo a atender as necessidades de saúde da população.

Nesse sentido é importante ressaltar que, a educação permanente é um instrumento de reestruturação da atenção à saúde que deve ser a principal estratégia de planejamento dos gestores do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores e atores sociais preparados para atuarem no sistema de saúde, que tenham como foco o usuário e suas reais necessidades.

Na opinião dos gestores entrevistados os profissionais de saúde são responsáveis, para além dos cuidados à população, pela situação sanitária e epidemiológica dos territórios sob sua responsabilidade. Os depoimentos a seguir confirmam esse entendimento.

“(...) o problema é que a gente precisa também da corresponsabilidade desse profissional, da vontade dele, do processo de trabalho dele, para garantir que as ações sejam viabilizadas, que a sobrecarga da rotina não deixe que isso atrapalhe (...)” G4.

“(...) que ele se responsabilize pela ação com essa comunidade, mas, infelizmente não é todo profissional, e isso foge da nossa responsabilidade de direção” G4.

“(...) a gente orienta que a avaliação seja criteriosa que o médico toque, que o médico peça uma avaliação, observe com mais detalhes, mas que infelizmente vai do processo de trabalho do profissional que às vezes de cabeça baixa do jeito que está fica, não faz uma avaliação criteriosa no usuário (...)” G4.

O Processo de Trabalho em Saúde é uma pequena parte do cotidiano do trabalho em saúde e, se configura como à atuação diária dos profissionais inseridos na produção e consumo de serviços de saúde. Pode ser entendido como práticas sociais, que vão além de áreas profissionais especializadas. Este fato permite analisar desde os aspectos estruturais, até os relacionados aos agentes responsáveis pela ação e segundo Peduzzi e Schraiber (2006), essa dinâmica reflete o processo de trabalho.

O processo de trabalho pode ser compreendido como a ação onde o ser humano intervém em um objeto, realizando uma transformação, com auxílio de instrumentos de trabalho, para produção de produtos que tenham um fim determinado. O processo de trabalho é composto de três elementos: o próprio trabalho, ou seja, a atividade realizada para um fim; o objeto do trabalho, isto é, a matéria onde o trabalho é aplicado e os instrumentos ou meios de trabalho (MARX, 1994).

Mendes-Gonçalves (1994) assegura que os elementos do Processo de Trabalho devem ser avaliados em conjunto, sem separá-los, pois apenas quando articulados se configuram como processo e sozinhos constituem-se atitudes inócuas. Nesse contexto, o objeto é retratado como a matéria que vai ser transformada, onde incidem as ações na saúde e, correspondem às necessidades humanas. Os instrumentos de trabalho são as principais ferramentas e correspondem aos equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, entre outros e não-materiais representado pelos saberes de natureza intelectual. A finalidade se configura como a intenção, ou seja, os objetivos sobre os quais se deseja transformar o objeto. O profissional de saúde é o agente e sujeito da ação. Dessa forma, o processo de trabalho só ocorrerá se o agente realizar uma ação no objeto, tendo uma determinada finalidade como foco.

Para Farias et al (2009) o processo de trabalho em saúde pode ser observado como um momento privilegiado do exercício das capacidades, ou seja, é a forma como as atividades profissionais são desenvolvidas ou realizadas. Assim, o trabalho é a maneira como o homem atua, com auxílio dos meios de produção, para transformar o objeto, no intuito de obter um produto previamente determinando.

Além disso, é importante frisar que os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os processos de trabalho em saúde. Essa ação vai além do

resgate do corpo, compreende elementos objetivos e subjetivos que permeiam todo o processo. Nesta perspectiva, o objeto de trabalho será o usuário assistido, seja ele saudável ou adoecido, recebendo as ações de saúde no intuito de reestabelecimento ou preservação da vida (PIRES, 2008).

Contudo, na sociedade moderna, em boa parte das instituições, as finalidades para a realização do trabalho estão fora do poder de decisão dos trabalhadores que as executam, visto que, quem define as finalidades são os gestores, ocupantes dos cargos mais elevados da hierarquia institucional, este fato, fragiliza e fragmenta o processo de trabalho dos profissionais de saúde (FARIAS, et al. 2009).

Vale ressaltar, portanto, que os gestores devem estimular os trabalhadores a se interessarem pelo processo de cuidado do usuário, visto que, um profissional de saúde que atue de forma automática e mecânica com foco em produção, nunca se interessará pela promoção da saúde e apresentará baixos níveis na qualidade da assistência. É necessário incentivar o processo de trabalho em saúde com foco na produção de subjetividades, por meio da autonomia, iniciativa individual e coletiva além de criatividade e improviso.

Nos depoimentos a seguir torna-se evidente que os gestores utilizam diversos tipos de abordagens para gerir suas intervenções em relação às Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no intuito de evitá-las, contudo, é oportuno observar que são ações pontuais e fragmentadas para cada grupo de causas, sem seguir um planejamento, assim, à medida que as situações ocorrem as ações são desencadeadas.

“(...) quando tem alguma doença, alguma patologia que está mais recorrente naquele território, a gente já entra para tentar melhorar.” G5

“(...) a gente sempre tá priorizando o que tá mais incidente.” G5

“(...) todo mês a gente trabalha com temáticas diferentes nas unidades”. G2

“(...) doenças preveníveis por imunização nós temos campanhas né (...)” G1

“Especificamente infecção de ouvido, nariz e garganta eu acho que é mais sala de espera e medicação. Angina, a gente trabalha com hipertensos para a gente tentar evitar (...)” G4

“A gente busca sempre estimular a questão do citológico, do pré-natal (...)” G3.

O SUS tem avançado durante os anos, porém existe um grande gargalo devido à intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e ainda qualificação da gestão do cuidado nesse contexto. Esse fato decorre do ainda hegemônico, modelo de atenção à saúde, que possui suas características com foco na cura, no cuidado estruturado na figura do profissional médico e com ações e serviços de saúde organizados em procedimentos e não nas reais

necessidades dos usuários. Este modelo, a cada dia se mostra mais ineficiente para atender aos atuais e futuros desafios sanitários do no país (BRASIL, 2014).

O quadro nosológico nacional, ainda envolve a persistência de doenças parasitárias e infecciosas; a transição da desnutrição para obesidade; problemas na área da saúde reprodutiva, com mortes maternas e óbitos infantis por causas que poderiam ser evitadas; o desafio das doenças crônicas, do aparelho circulatório, neoplasias e o aumento de mortes por causas externas (MENDES, 2011).

A organização da atenção e da gestão dos serviços de saúde do SUS se caracteriza por uma clara segregação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, onde fica evidente que os componentes da rede não se articulam, as ações não são eficazes e o sistema de saúde é engessado. Assim, as principais características dessa fragmentação nas ações e serviços se baseiam em lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente; fragmentação e má utilização dos recursos humanos e materiais; diminuição da capacidade resolutiva da atenção à saúde; modelos de atenção desestruturados com inadequação entre a oferta de serviços e a real necessidade de saúde dos usuários do sistema; dificuldade em prestar assistência aos problemas agudos e as condições crônicas; fragilidade na gestão do trabalho com a precarização de vínculos; escassez de profissionais com perfil para atuar no SUS e defasada atuação de serviços básicos como a vigilância e promoção em saúde, sobretudo na APS (BRASIL, 2010).

Dessa forma é válido destacar que, para o funcionamento adequado da rede de saúde se faz de extrema importância que as ações desenvolvidas pela APS sejam resolutivas, sendo necessária uma reestruturação do sistema como um todo, desde as unidades funcionais até as práticas profissionais. Nessa perspectiva, devem-se direcionar esforços para melhoria da qualificação, organização e integração das ações e serviços, sempre com foco no protagonismo da APS (LAVRAS, 2010).

O enfrentamento do atual perfil epidemiológico do país exige profundas mudanças nas ações realizadas e no sistema como um todo. É imprescindível que políticas de saúde eficazes sejam planejadas e implantadas para ampliar o foco da atenção à saúde no intuito de diminuir a fragmentação das ações e dos serviços da rede, aumentando a articulação entre os pontos assistenciais para melhorar a resolubilidade dos atendimentos, levando em consideração, condições crônicas e agudas.

6 CONCLUSÕES

A Atenção Primária à Saúde possui como principal modelo reorientador do SUS, os serviços da Estratégia de Saúde da Família, que precisam ser avaliados e monitorados continuamente. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária constituem-se excelentes indicadores para essa avaliação, pois, possibilitam comparar o desempenho de diversos serviços de saúde, além de suscitar investigações sobre dificuldades de acesso e qualidade dos serviços prestados, entre regiões e comunidades, auxiliando no fortalecimento da Atenção Primária, principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde.

O presente estudo se propôs a analisar o indicador de internações sensíveis à APS, no intuito de avaliar o desempenho da rede de cuidados do Município de João Pessoa/PB, entre os anos de 2008 à 2013. Essa pesquisa apontou importantes informações a cerca das internações evitáveis e também sobre as fragilidades na gestão da rede de serviços de saúde.

Ao analisar o perfil das internações evitáveis, o estudo apontou para uma distribuição semelhante das ICSAP entre os sexos, indicando que não houve sobreposição significativa. Em relação à faixa de idade com maior número de internações, foi constatado que os extremos de idade apresentaram frequências mais elevadas. Ao longo dos seis anos analisados, observou-se que houve uma despesa de cerca de 16% dos investimentos hospitalares, com as internações por causas evitáveis, sendo os maiores custos de hospitalizações, relacionadas a Insuficiência cardíaca, Angina, Doenças Pulmonares, Doenças cerebrovasculares e Gastroenterites Infeciosas e suas complicações, respectivamente.

Os gastos, que poderiam ser evitados, tiveram origem na fragilidade relacionada a problemas de resolubilidade da Atenção Primária, que deveria assumir o papel de ordenadora e coordenadora do cuidado. É possível afirmar que grandes gastos financeiros com ICSAP indicam problemas de acesso e de desempenho dos serviços de saúde. Esses achados devem auxiliar o gestor na observação da situação sanitária e epidemiológica sob sua responsabilidade, como também servir de instrumento para auxiliar suas próximas tomadas de decisão.

Com base na análise estatística das autorizações de internações hospitalares relacionadas às condições evitáveis, identificou-se uma tendência *decrecente*, na proporção de ICSAP no município de João Pessoa/PB, entre o período de 2008 a 2013. Ao analisar cada um dos 19 grupos de causa de Internações Sensíveis à Atenção Primária foi constatado que,

três grupos (16%) não apresentaram nenhum tipo de tendência, crescente ou decrescente, foram eles: Epilepsia, Anemias e Úlceras Gastrointestinais. Sete grupos (37%) apresentaram tendência *crescente* de internações, foram eles: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Deficiências nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Infecção da pele e tecido subcutâneo, Angina, Doenças relacionadas ao pré-natal e parto e Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos. Chamou-nos a atenção o fato de que 53% das causas de ICSAP não diminuíram no período estudado. Esse índice deve ser bastante considerado pelos gestores, profissionais da rede e usuários do sistema como importante obstáculo a ser superado.

Considerando as potencialidades do indicador de proporção de ICSAP, novos processos avaliativos devem ser realizados e estudos sobre esta ferramenta precisam ser continuados no intuito de inseri-la nas discussões de rotina das equipes de saúde da família, possibilitando maior acompanhamento da situacionalidade no território e dos resultados alcançados pela atenção primária.

Vale salientar que, o presente estudo guarda limitações importantes, pois, uma redução nas taxas de ICSAP sugere apenas, possíveis melhorias em algumas ações na APS. A análise dessas internações depende de dados secundários (como as autorizações de internação hospitalar), e isso pode acentuar os problemas presentes nesses bancos de dados. Defende-se a disponibilidade pública dos dados e sua utilização por pesquisadores e gestores a fim de auxiliar o processo de planejamento das ações de saúde.

A análise qualitativa dos dados evidenciou que, os cinco Distritos Sanitários guardam conhecimentos diferenciados sobre o processo de planejamento em saúde e, que a sua utilização ainda permanece aquém da real possibilidade e necessidade. Há, também, concepções distorcidas de como processá-la e fortes evidências de sua subutilização, tanto por gestores quanto por profissionais do serviço. Detectamos, neste sentido, a urgente necessidade de criação de canais efetivos de diálogo entre gestores – profissionais e usuários do sistema.

Verificou-se ainda, indícios de uma considerável fragilidade na rede de atenção à saúde, que tem início nas dificuldades em prover insumos e serviços para a APS, até problemas de acesso e comunicação entre os níveis de atenção. Os gestores das três esferas de governo, União, Estados e Municípios, devem investir no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) no intuito de pactuar acordos e financiamentos para que os serviços de saúde sejam organizados em redes de atenção à saúde, tendo como porta de entrada à APS, na perspectiva de prestar assistência à saúde de forma oportuna e integral, com foco nas

necessidades de saúde dos usuários, evitando encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção.

A análise qualitativa dos dados, também evidenciou que, a Educação Permanente precisa ser considerada como elemento estratégico para a viabilização do processo de trabalho dos atores desse sistema. Iniciativas neste sentido levarão a diminuição das taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária e certamente resultarão na melhoria evidente de todos os setores do sistema.

A realização de ações pontuais e fragmentadas por profissionais e gestores dos Distritos investigados foi outro achado de extrema importância para o processo de trabalho implementado. Para além da Educação Permanente faz-se necessário que os gestores incentivem os profissionais de saúde a atuarem de forma criativa e autônoma, com foco na produção de subjetividades, visto que profissionais que tem seu processo de trabalho atrelado a uma atuação mecânica e automática, com foco em procedimentos e consultas, possivelmente apresentará processo de trabalho fragmentado e a doença como foco principal de atuação impedindo uma assistência humanizada e qualificada.

Diante do exposto, à Atenção Primária reorienta o modelo de saúde e atua com ações qualificadas que melhoram a assistência a saúde dos usuários, para potencializar esse nível de atenção, deve-se trabalhar de forma intersetorial, buscando uma articulação com os demais serviços da rede do município, como áreas do âmbito social e do desenvolvimento econômico, para que através destas articulações consiga melhorar as condições de vida da população, ampliar o leque de resolubilidade deste nível de atenção e consequentemente diminuir as taxas de hospitalização por ICSAP.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S.; ET AL. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, jun, 2009.
- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**. v. 29, n.2, p.84–95, 2011.
- AMARAL, M. R. S; CESARIO, C. V. **Apostila do Minicurso: Software R**. In: IX Semana de Estatística da UERJ, 2009. Rio de Janeiro. 25 a 27 de Maio de 2009. Disponível em: <http://www.ime.uerj.br/~mrubens/slae/minicursosoftwareR.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- ARMITAGE, P. Os testes de tendência linear em proporções e frequências. **Biometria**, v. 11, n. 3, p. 375-386, 1955.
- BAPTISTA, T.W.F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1007-1028, 2009.
- BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.11, p.2143-2154, 2011.
- BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LUKOMNIK, J.; CAREY, T.S.; BLANK, A.E.; NEWMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs** (Millwood). v.12, n.1, p.162-73, 1993.
- BOING, A.F.; VICENZI, R.B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A.C.; MORETTI-PIRES, R.O.; PERES, K.G.; et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev Saúde Pública**. v.46, n. 2, 2012. p. 359-66.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde: para entender a gestão do SUS**. V.3. Brasília: CONASS, 2011.a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde: para entender a gestão do SUS**. V.1. Brasília: CONASS, 2011.b.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. 1ª edição. 1ª reimpressão: Brasília. 2013. B.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional n. 29**: um avanço significativo para o setor saúde, de 13 de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96. **“Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”**. BRASÍLIA/DF. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. 1ªed. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária**. Diário Oficial da União, Brasília, p.70, 18 abril 2008. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, dezembro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: 2013.a

BRASIL. Presidência da República- Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. 1988.

BUENO, E. **À Sua Saúde** - A Vigilância Sanitária na História do Brasil. ANVISA. 2005, p.208.

BUSSAB, P; MORETTIN, W. O. Estatística básica. 5ª ed. Saraiva, 2002.

CAMINAL J, STARFIELD B, SÁNCHEZ E, CASANOVA C, MORALES M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health**. v. 14, p.246-51, 2004.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, Coopmed, 2010. 114p

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of Children and Access to Primary Care: A Cross-National Comparison. **International Journal of Health Services**. v. 25. 1995. p. 283–94.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz,. 2009.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, Supl. 1. 2011. p. 1029-1042.

DEININGER, L. S. C.; SILVA, C. C. I.; LUCENA, K.D.T. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.9, n.1, p. 228-36, 2015. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../11239. Acesso: 30 agosto 2015.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, VB.; AQUINO, R.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M.F.; MEDINA, M.G, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Med Care**. v.49, n.6, p.577–84. 2011.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

ELIA, P. C.; NASCIMENTO, M. C. A construção do plano local como atribuição das equipes de saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.21, n. 2, p. 745-765, 2011.

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990**: do golpe militar à reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2ed. 2013

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963**: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2ed. 2013. p. 279-363.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F.. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

FERREIRA, J.B.B.; BORGES, M.J.G.; SANTOS, L.L.; FOSTER, A.C. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol Serv Saúde**. v.23, n.1, 2014. p. 45-56.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n.3, 2008.

FIORIN, J. L.; SAVIOLI, F. P. **Lições de texto: leitura e redação**. 4ª ed. São Paulo: Editora Ática, 1999.

FIORIN, J.L. **Introdução ao pensamento de Bakhtin**. São Paulo: Ática; 2006, p.144.

FLEURY, S. M. T.; OUVRENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FLORES, C.A.S. "Des" construindo paradigmas: histórico organizacional do Sistema Único de Saúde, com observância nas propostas e nos princípios de execução. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 28, março, 2008, pp. 59-62.

GALVÃO, MAM. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do brasil-colônia a 1930**. Textos do Departamento de Ciências Médicas-Escola de Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto, 2007. p. 33.

HOCHMAN, G. **“O Brasil não é só doença”**: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.16, supl.1, jul. 2009, p.313-331.

HOMAR, J. C.; MATUTANO, C. C. La Evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Aten Primaria**. v.32, n.1, p. 61-5. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Cidades@**. 2015. Acessado em: 20 novembro 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250750&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev Saúde Pública**. v.46, n. 5, 2012. p.761-8.

KEBIAN, L. V.A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.16, n.1, p.161-9, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. Acessado em: 9 Julho 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, v.20, n.4, 2011.

LIMA, F. L.C. O núcleo de apoio à saúde da família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v.3, n.2, 2013.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de saúde**: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2ed. 2013. p. 89-142.

MAIA, H. G. S.N. A Importância do Planejamento Estatístico na Pesquisa Científica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. n. 3, v.12. 2008. p. 215-216.

MARSIGLIA, R. M. G. **Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo**. 2008, 191f. (Relatório final de pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq)- Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão - CEALAG, São Paulo, 2008.

MARX, K. **O Capital**. 14.^a ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Escola de Saúde Pública, MG, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2^a ed. 2011

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTÍN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p.61-75, jan-mar, 2010.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTÍN-MATEO, M. VIEIRA, L.A.S. THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saude Publica**. v.42, n.6. 2008.p.1041-52..

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde-SUS**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 365-93.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 547-74.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 767-782.

PARAÍBA. João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de Serviços de saúde**. 2014. Acessado em: 7 julho 2014. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>

PASSOS, C. M. O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas. 2011. 120f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 199-206.

PEREIRA, F. J. R. Modelo de tomada de decisões em disciplinas vinculadas às ciências da enfermagem: revisando as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais. **Dissertação**. Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa, 2012.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2nd ed. São Paulo: Annablume; 2008.

QUEIROZ, V. M; EGRY, E Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.41, n. 1. 1988, p.26-33..

RAMOS, R. S. Análise do arcabouço teórico jurídico do Sistema Único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos. **Dissertação**. Universidade do Rio de Janeiro. 2007

REHEM, T. C. M. S. B. Internações Sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos. **Tese**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. p.307.

REHEM, T.C.M.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto enferm**. v. 21, n. 3, 2012. p. 535-42

REHEM, T.C.M.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Cienc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 12, 2011. p. 4755-66.

REHEM, T.C.M.; OLIVEIRA, M.R.F.; AMARAL, T.C.L.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 4, 2013. p. 884-90.

ROCHA, D. M.; CARVALHO, E. L. L.; CRUZ, M. A. P. Benefícios do Programa de Saúde da Família-PSF para a melhoria na qualidade de vida dos moradores do bairro São Pedro, em Teresina – PI. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 1, p. 01-14, jan./jun. 2012.

ROUQUAYROL, M. Z .; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ed, Rio de Janeiro: MEDISI/Guanabara Koogan. 2009.

SANTOS, A.C.G.E.; TANAKA, O. Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 1875-1885. Acessado em: 03 julho 14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300022

SANTOS, L. A. C.; BARBOSA, I. C.; M. L. GOMES, A saúde pública sob Getúlio Vargas: notas de leitura. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.9, Rio de Janeiro, 2009.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA, C. C.; EGRY, E. Y. Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 37, n. 2, 2003. p. 11-16.

SILVA, N.N. **Amostragem Probabilística**: um Curso Introdutório. 2. ed. São Paulo: Editora Universitária de São Paulo, 2001.

STARFIELD, B. **Efetividade e equidade em serviços de saúde pela Atenção Primária à Saúde**. In: Anais do III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família; 2007 dez. 13-15; Recife, BR. Ministério da Saúde. Brasília: 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e Tecnologia. Brasília- UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TEIXEIRA, C. T. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. EDUFBA: Salvador, 2010. p.161.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/ São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.

TRIOLA MF. **Introdução à Estatística**. 10ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18 n.1. Rio de Janeiro. 2013.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

WILD, C.J; SEBER, G.A. **Encontros com o acaso**. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Investigar o desempenho da rede de cuidados do município de João Pessoa a partir do perfil de internações por condições sensíveis a atenção primária no período de 2008 a 2013

Pesquisador(a) Responsável: Layza de Souza Chaves Deininger

Prezado(a) Senhor(a),

Somos pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde pretendemos realizar um estudo cujo objetivo é Investigar o desempenho da rede de cuidados do município de João Pessoa a partir do perfil de internações por condições sensíveis a atenção primária no período de 2008 a 2013 e, para tanto, gostaríamos de contar com sua participação. Garantimos considerar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça) conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

Para este estudo, o(a) Sr.(a) será entrevistado(a) e a entrevista será gravada. O(a) Sr.(a) também responderá a um questionário semiestruturado, composto por oito questões objetivas que englobam dados pessoais, escolaridade, tempo de serviço e cinco questões subjetivas de modo a atender em todos os aspectos aos objetivos da pesquisa onde os participantes irão discorrer sobre as discussões, planejamento e avaliação de ações do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis à saúde física, mental e espiritual do Sr.(a) a participação é voluntária, que não haverá pagamento para isto, e que o(a) Sr.(a) não será prejudicado de forma alguma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique. Os resultados poderão trazer benefícios para a gestão municipal da qual o Sr. (a) faz parte visto que apresentara resultados que podem subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências científicas.

Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados coletados serão utilizados apenas para efeito desta pesquisa, não sendo utilizado para outro fim que não seja científico.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros) que os pesquisadores acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio e desde já agradecemos sua colaboração.

Contato com o (a) pesquisador(a) responsável e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FCMPB):

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa ou deseje denunciar algum problema decorrente da mesma, favor ligar para o (a) pesquisador(a): Layza de Souza Chaves Deininger.

Telefones: 083 9911-5629 ou 083 8710-3665.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a pesquisa e sobre os meus direitos como participante, dou o meu consentimento. Informo que recebi uma via deste termo.

Assinatura do voluntário da Pesquisa

Assinatura da testemunha

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

João Pessoa, ____/____/____.

Apêndice B - Questionário direcionado aos gestores da Atenção Básica de João Pessoa**PREZADO (A) SR. (A)****ATENÇÃO:**

A veracidade das respostas e a devolução deste questionário são necessárias e indispensáveis para sua participação na pesquisa. Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais.

Dados Pessoais

1. Qual sua formação profissional ? _____

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Idade: _____

4. Há quanto tempo você concluiu a graduação:

☐ menos de 1 ano

☐ 1 |---- 3 anos

☐ 3 |---- 5 anos

☐ 5 |----| 10 anos

☐ mais de 10 anos

5. Você possui alguma pós-graduação? Marque sua maior titulação.

☐ Não tenho pós-graduação

☐ Possuo especialização

☐ Possuo mestrado

☐ Possuo doutorado

6. Há quanto tempo trabalha na atenção básica?

☐ menos de 1 ano

☐ 1 |---- 3 anos

☐ 3 |---- 5 anos

☐ 5 |----| 10 anos

☐ mais de 10 anos

7. Há quanto tempo trabalha neste local:

☐ menos de 1 ano

☐ 1 |----| 3 anos

☐ 3 |----| 5 anos

☐ 5 |----| 10 anos

☐ mais de 10 anos

8. Para o exercício de suas atividades no Distrito sanitário, você recebeu algum tipo de educação Permanente?

☐ Sim. Qual? _____

☐ Não

9. Discorra sobre o planejamento das ações realizadas no distrito sanitário para evitar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária(ICSAP) ?

10. Que ações estão sendo viabilizadas, no distrito sob sua direção, para atenção ao grupo de doenças com tendência crescente? (Doenças preveníveis por imunização; Deficiências nutricionais; Infecções de ouvido, nariz e garganta; Angina; Infecção da pele e tecido subcutâneo; Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal; Doenças relacionadas ao pré-natal e parto).

11. Que ações estão sendo viabilizadas, no distrito sob sua direção, para atenção ao grupo de doenças com tendência há estabilidade? (a epilepsia e Infecção no rim e trato urinário).

12. Que ações estão sendo viabilizadas, no distrito sob sua direção, para atenção ao grupo de doenças com tendência decrescente? (Gastroenterites Infecciosas e complicações; Anemia; Insuficiência cardíaca; Doenças cerebrovasculares; Diabetes Mellitus; Pneumonias bacterianas; Asma; Doenças pulmonares; Hipertensão)

13. Como você avalia a atuação do distrito sanitário em que você trabalha com relação às ICSAP? Ruim, regular, boa, excelente e por quê?

Anexo 1 – Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família;

e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9

6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e	L02

	carbúnculo	
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Anexo 2 - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA PARAÍBA -
FCMPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO INDICADOR DE DESEMPENHO DA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Pesquisador: Layza de Souza Chaves Delinger

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45751315.4.0000.5178

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCMPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.172.740

Data da Relatoria: 12/08/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo que aborda as necessidades de saúde da população, referindo que quando não são atendidas de forma eficaz e oportuna no âmbito da Atenção Primária à Saúde, os usuários procuram outros serviços da rede para que tenham suas necessidades resolvidas e muitas vezes ocorre a necessidade de internação hospitalar por situações que poderiam ser evitadas. Pretende então investigar o desempenho da rede de cuidados do município de João Pessoa a partir do perfil de internações por condições sensíveis à atenção primária no período de 2008 a 2013. Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa, que utilizará dados das Internações Sensíveis à Atenção Primária do município de João Pessoa, Paraíba, disponíveis no Sistema de Informação hospitalar no período de 2008 a 2013, para identificar tendências nas proporções de internações através dos Testes de proporções e tendência que avaliam, respectivamente, se houve igualdade de proporções e se houve tendência crescente ou decrescente nos períodos em questão. Será utilizada a técnica de análise do discurso para avaliar as entrevistas que serão realizadas com os cinco gestores dos distritos sanitários do município de João Pessoa.

Endereço: Ladeira São Francisco, nº 18 Centro campus II

Bairro: Centro **CEP:** 58.010-830

UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3044-0412 **Fax:** (83)3044-0333 **E-mail:** comitedeetica@cienciasmedicas.com.br